COLLABORATORI EFFETTIVI

DELLA SEZIONE PRATICA

per il 1913.

Prof. **GUIDO BACCELLI**, direttore della Clinica medica della R. Università di Roma.

Prof. **FRANCESCO DURANTE**, direttore della Clinica chir. della R. Università di Roma.

Prof. **VITTORIO ASCOLI.**

Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Allegri dott. Antonio - Fusignano.
Amantea dott. Giuseppe - Roma.
Ascarelli prof. Attilio - Roma.
Ayala dott. Giuseppe - Roma.
Baffoni Luciani dott. Filiberto - Roma.
Baldoni prof. Alessandro - Roma.
Barnabò dott. Valentino - Sacile.
Bartolotta dott. Antonino - Perugia.
Basile dott. Carlo - Roma.
Belosersky dott. Vittorio - Feltre.
Bertolini dott. A. - Genova.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Bonanome prof. Luigi A. - Roma.
Boschi dott. Gaetano - Ferrara.
Bossi prof. Luigi Maria - Genova.
Braga dott. Angelo - Parma.
Brunetti prof. Carlo - Roma.
Buzi dott. Emilio - Assisi.
Camera dott. Ugo - Torino.
Campiglio dott. Cesare - Pavia.
Cantieri dott. Arturo - Porto Santo Stefano.
Carlinfanti prof. Emilio - Roma.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Casolino dott. Leonardo - Parma.
Castellani prof. Aldo - Ceylon.
Castriota dott. Lorenzo - Camerino.
Cati dott. Marino - Cantalupo Sabino.
Cedrangolo prof. Ermanno - Napoli.
Celli prof. Angelo - Roma.
Centra dott. Clodoaldo - Roccamassima.
Cerioli dott. Aleardo - Lonato.
Cherubini dott. Lorenzo - Roma.
Chiasserini dott. Angelo - Roma.
Chiavaro prof. Angelo - Roma.
Cesa-Bianchi dott. Domenico - Milano.
Ciuffini prof. Publio - Roma.
Coleschi dott. Lorenzo - Roma.
Condorelli Francaviglia prof. Mario - Catania.
Coniglio dott. Casimiro - Capo d'Orlando.
Cormio dott. Raffaele - Roma.
Costantini dott. Paolo - Vercelli.
D'Avack dott. Alfredo - Roma.
De Blasi prof. Vito - Genova.
Decio dott. Cesare - Modena.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
De Favento prof. Piero - Trieste.
De Lillo dott. Giacinto - Roma.
Denti di Piraino dott. A. - Roma.
Dian dott. Antonio - Venezia.
Diez dott. Salvatore - Roma.
Donzello prof. Giovanni - Palermo.
D'Ormea prof. Guido - Parigi.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Egidi prof. Guido - Roma
Ercolani dott. Pietro - Belvedere Ostrense.
Fabricci dott. Decio - Trieste.
Fabris dott. Pietro - Santa Lucia di Piave.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Feliziani dott. Francesco - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Ferro dott. Carmelo - Firenze.
Filadoro dott. Pasquale - Roma.
Fileni prof. Enrico - Roma.
Flamini dott. Mario - Roma.
Forlì prof. Vasco - Roma.
Foscarini dott. Rodolfo - Roma.
Fuà dott. Emilio - Ancona.
Fumarola dott. Gioacchino - Roma.
Fusco dott. Pasquale - Filadelfia (Stati Uniti d'Am.).
Fusco dott. Vincenzo - Vallerano.
Galiico dott. Annibale - Mantova.
Garofalo dott. Alfredo - Roma.
Gasparro dott. Eugenio - Roma.
Gazzetti prof. Carlo - Modena.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Giacchi dott. Giovanni - Roma.
Giannelli prof. Augusto - Roma.
Giovannini dott. Eugenio - San Giovanni alla Vena (Pisa).
Golini dott. Oreste - Montepescali.
Gosio prof. Bartolomeo - Roma.
Grillo dott. Leo - Roma.
Guasoni dott. Eutimio - Camerino.
Hoffer dott. Guglielmo - Costantinopoli.
Iraci dott. Enrico - Spello.
Imbriaco prof. Pietro - Roma.
Laganà dott. Giovanni - Roma.
Laureati prof. Francesco - Sanseverino Marche.
Longo dott. Luigi - Torino.
Lucangeli dott. Gian Luca - Genova.
Magrini dott. Mario - Ferrara.
Malan dott. Guido - Torino.
Mancioli prof. Tommaso - Roma.
Manega dott. Umberto - Osimo.
Mantovani dott. Mario - Bologna.
Marano dott. Giovanni - Frosinone.
Marcora dott. Ferruccio - Pavia.
Mariani dott. Carlo - Schio.
Mariconda dott. Paolo - Roma.
Mariotti dott. Ugo - Roma.
Martini prof. Vittorio - Siena.
Massarotti dott. Vito - Roma.
Mazzolani dott. Dom. Antonio - Tripoli.
Mereu dott. Francesco - Portotorres.
Merolillo dott. Giuseppe - Comigliano (Caserta).
Micheli prof. Cesare - Roma.
Mondolfo dott. Emanuele - Pisa.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moreschi prof. Carlo - Pavia.
Nannini dott. Giulio - Carpi.
Nascimbeni dott. Ferruccio - Treia.
Nassetti prof. Francesco - Roma.
Nicola dott. Beniamino - Torino.
Onano dott. Giovanni - Sinnai.
Osti dott. Anselmo - Roma.
Ovazza dott. Vittorio Emanuele - Roma.
Paglione dott. Vincenzo - Camerino.
Paleani dott. Ottaviano - Roma.
Parisi dott. Fausto - Modena.
Pensuti prof. Virginio - Roma.
Pepe dott. Teodoro - Lecce.
Petrilli dott. Giano Luigi - Genova.
Piccinini prof. Guido M. - Bologna.
Pisano dott. Antonio - Alghero.
Pomponi dott. Enrico - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Porcile prof. Vittorio - Genova.
Pozzilli prof. Pericle - Copparo.
Puglisi-Allegra dott. Stefano - Roma.
Quarta dott. Giacinto - Roma.
Resnevic dottoressa Olga - Roma.
Ricciardelli dott. Alfonso - Pico (Caserta).
Rolandi dott. Ulderico - Roma.
Romanelli prof. Giovanni - Genova.
Rondoni dott. Pietro - Firenze.
Roseo dott. Italo G. - Roma.
Rosi dott. Ulisse - Norcia.
Rusconi dott. Cesare - Roma.
Sabatini dott. Giuseppe - Roma.
Sabatucci dott. Francesco - Roma.
Sabella dott. Pietro - Roma.
Santori dott. Felice - Tivoli.
Santori prof. Saverio - Roma.
Scaduto prof. Gioacchino - Palermo.
Scala prof. Alberto - Roma.
Scaramucci dott. Francesco - Ischia di Castro
Scelba dott. Cesare - Roma.
Segàle prof. Mario - Genova.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Spolverini prof. Luigi Martino - Roma.
Taddei dott. Arnolfo - Firenze.
Tarozzi prof. Edoardo - Bologna.
Tenani dott. Ottorino - Ferrara.
Todaro prof. Francesco - Roma.
Torri dott. Giuseppe - Travagliato.
Tramonti prof. Ernesto - San Paulo (Brasile).
Trulli dott. Nicola - Roma.
Ullmann dott. Isidoro - Roma.
Valenti prof. Adriano - Pavia.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Zalla dott. Mario - Firenze.
Zanelli dott. Carlo Felice - Roma.
Zironi prof. Giuseppe - Carpi.

INDICE GENERALE

Vol. XX - 1913

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

RIVISTE SINTETICHE.

LEZIONI E CONFERENZE.

IGIENE.

MEDICINA E IGIENE SOCIALI.

STORIA DELLA MEDICINA.

CENNI E NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Lavori d'indole generale.

Anatomia. Fisiologia. Biochimica. Fisiopatologia.

Microbiologia. Parassitologia.

Semeiotica. Diagnostica.

Patologia e clinica mediche.

Patologia e clinica chirurgiche.

Malattie mentali e nervose.

ACCADEMIE SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI.

Indice alfabetico delle Materie

G

Pag.

O

S

T

U

Indice alfabetico degli Autori

N

O

Pag.

P

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, resp.

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1913 sulla

Sezione Medica del “POLICLINICO„

diretta dal prof. GUIDO BACCELLI

Volume XX (1913).

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1913 sulla

Sezione Chirurgica del "POLICLINICO,,

diretta dal prof. FRANCESCO DURANTE.

Volume XX (1913).

Anno XX. Roma, 5 gennaio 1913 Fasc. 1

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per l'anno 1913.

Il *Policlinico* nel suo XX anno conserva immutato lo scopo che i suoi insigni Direttori Guido Baccelli e Francesco Durante fissarono: il *perfezionamento della buona clinica.* La redazione svolge un tal programma, concedendo posto a quanti lavorano con onesta coscienza, tagliando quanto pecca di vano e combattendo quanto, comunque, indulga all'*industrialismo*, sempre più finamente dissimulato nella stampa medica.

A una selezione fatta con criteri sempre più clinici sono sottoposte le due Sezioni, medica e chirurgica, delle memorie originali. Per esse l'Amministrazione concederà maggiore sviluppo alle illustrazioni e alle tavole.

Elevando lievemente il prezzo d'abbonamento della Sezione Pratica ci siamo impegnati l'anno scorso ad accrescere il numero delle pagine e a migliorare l'opera nostra. Gli abbonati, continuando ad aumentare progressivamente, ci hanno mostrato di essere ormai una densa falange di amici inalterabili. Noi siamo loro debitori di un cordiale ringraziamento, ma pur ci presentiamo con la coscienza di aver tenuto fede agli impegni assunti.

La *Sezione pratica*, con il cresciuto numero di pagine, s'è mostrata in grado di dare alle molteplici sue rubriche migliore proporzionalità, elasticità quale le circostanze hanno richiesto. Così il *Policlinico* ha reso conto con precisione e con misurata ampiezza del meglio che spuntava nei periodici di tutto il mondo e degli argomenti più interessanti che sono venuti in discussione. In questo sforzo di congiungere rapidità ed esattezza continuerà per il domani.

Con la *Posta degli abbonati* ha cercato di corrispondere alle richieste dei singoli. L'importante innovazione ci ha costretti a introdurre un nuovo ingranaggio di redazione, che sta in via di perfezionamento.

Maggiore sviluppo ha avuto — e i tempi ne richiedono ancora più vasto — la *Medicina Sociale*, passando dallo studio della prevenzione contro le malattie a quello delle nuove modalità di esistenza relative alla vita dei campi, delle officine e della milizia. La *Rubrica dell'ufficiale sanitario*, un po' negletta negli ultimi anni, sarà rimessa in fiore.

Il *Policlinico* è stato l'unico periodico che ha seguìto da presso il movimento scientifico-clinico delle Società, delle Accademie e dei Congressi italiani. Ad alcuni — pochi invero — è parsa rubrica poco utile questa. Ci sia lecito richiamare l'attenzione degli Italiani sul largo contributo di osservazioni e di fatti che ivi è raccolto: è un tesoro che il *Policlinico* espone al *pubblico italiano e straniero.* Nessun mezzo più efficace per far nota e rifulgente la magnifica produzione nostrana d'ogni giorno.

Il *Policlinico* così provvede alla coltura dei medici italiani ed, offrendo ospitalità ai buoni loro lavori, ne accredita l'apprezzamento. Nelle questioni professionali e nell'ampio notiziario esso mette la cura di servire alla tutela degli interessi materiali e morali di tutti, in ispecie delle grandi forme di organizzazione; sopra le piccole contestazioni locali vede la vigile difesa dell'Italianità.

Tutta la sua vita — la tecnica e la professionale — vive il medico pratico ogni settimana nel suo *Policlinico*: vi trova la corrispondenza nel bisogno di meglio agguerrirsi contro le difficoltà della clinica, di tenersi al corrente di quanto si produce nel mondo medico, di partecipare al movimento con le sue oculate e sobrie osservazioni, di trovarsi in comunione di idee e di sentimenti con quanti, come lui, cooperano alla salute e al rinvigorimento degli Italiani.

La Redazione.

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Nuovi contributi alla conoscenza degli stati anafilattici.

La parola *anafilassi*, introdotta dal Richet per significare un particolare stato di sensibilizzazione, conferito ad un organismo dopo una prima intossicazione anteriore, ha subito per opera di sperimentatori e di clinici una tale estensione, che più non si riconoscono quasi i limiti entro i quali dallo scopritore esso era stato inquadrato: bisogna ricordare che il Richet traeva le sue nette e precise conclusioni dalle esperienze fatte con la mitilo-congestina; con tale veleno il Richet riusciva a provocare un particolare quadro morboso generale improvviso (choc anafilattico) facendo seguire a distanza di 8-20 giorni dalla prima inoculazione innocua, una seconda inoculazione, in dose anche minore della prima.

È utile quindi parlando di anafilassi non dimenticare l'avvertimento dello Chauffard: bisogna tener conto *del periodo d'incubazione* di cui abbisogna la *dose preparante* per mettere l'organismo in istato di subire lo choc anafilattico, bisogna tener conto del fatto che lo choc anafilattico si produce con *una dose anche minima* della sostanza, bisogna cioè tener conto della proporzionalità tra intensità degli accidenti e dose del veleno.

Allontanandosi da queste precise condizioni si rischia di far rientrare nel quadro accidenti di pura tossicità.

Assai più restrittivo è A. Delille il quale, per evitare le false interpretazioni, mette i suoi dubbi sul valore anafilattico della reazione tubercolinica, e crede si devano nettamente differenziare i fenomeni anafilattici dai fenomeni d'intolleranza medicamentosa.

Così inteso in senso ristretto il fenomeno dell'anafilassi, un primo problema agita il pensiero dei ricercatori, quello dell'agente etiologico e della patogenesi dello choc anafilattico.

Achard e Flandin aggiungono alle conoscenze dell'anafilassi passiva, provocata per mezzo del siero d'un animale preparato, un'altra maniera di realizzare tale genere di anafilassi, iniettando cioè ad un animale nuovo della stessa specie, estratti alcoolici o cloroformici del sistema nervoso d'un animale in pieno choc anafilattico.

Il veleno dunque si formerebbe o si troverebbe durante l'accesso nei centri nervosi, legato forse ai lipoidi; il sangue e gli estratti d'organo che provengono da animali in choc non sarebbero capaci di provocare analoghi accidenti.

Ma il veleno anafilattico, secondo le ricerche di Lafforgue non agirebbe che ad un patto, se cioè nell'organismo esiste insufficienza epatica: l'anafilassi serica in gente che si alimenta con carne di cavallo abbisogna di questa condizione organica fondamentale.

La clinica si arricchisce al di fuori di queste considerazioni d'ordine scientifico, non decisive per sè, di nuovi fatti che mettono in guardia il medico contro accidenti eventuali, che lo richiamano a prevenirli per quanto è possibile: l'*anafilassi serica*, tanto importante, data la diffusione delle cure sieroteropiche nelle malattie infettive, l'*anafilassi alimentare*, l'*anafilassi infettiva*.

Un primo problema che finora sembrava negativamente risoluto è sollevato di nuovo da Widal, Abrami e Brissaud: l'*autoanafilassi serica*. Gli AA., con ripetute esperienze hanno trovato che iniettando per via endovenosa ad un individuo il proprio siero, si provocano frequentemente fenomeni anafilattici. Su 50 casi l'anafilassi si è realizzata nei due terzi; la dose del siero inoculato è stata variabile, in genere tra i 20 e i 60 cmc.,

ma in due casi sono bastati cmc. 1 e 0.50 rispettivamente.

Il fenomeno anafilattico è incostante, se il siero che si usa è da poco tempo prelevato e non ha subito manipolazione alcuna; se invece esso si lasci in stufa a 37°, sia pure durante 24 ore, l'autoanafilassi si avvera con grande frequenza: viene fatto di pensare che non il siero in sè, ma l'eterogeneità delle sostanze, che per mezzo del soggiorno in stufa o con altre manipolazioni si determinano nel siero stesso rispetto al plasma, sia l'origine dello choc anafilattico: questo si manifesta con brividi, talora scuotenti, accompagnati da cefalea, da rachialgia, da cianosi, da algidità, da respiro ansioso, da vomito, da diarrea, da frequenza del polso, abbassamento della pressione arteriosa. Dopo il brivido la temperatura si eleva da un grado a 2°.5 e dopo qualche ora scende al normale, mentre nel paziente rimane senso di stanchezza e sete intensa: gli AA. non hanno osservato nè artralgie, nè eritemi, nè urticarie.

Ma il fatto più importante è che l'anafilassi insorge talora dopo la prima iniezione, il che prova che l'organismo è per sè sensibilizzato probabilmente dalla presenza in circolo d'una certa quantità d'albumina eterogenea.

Un analogo fenomeno di anafilassi è quello osservato da Achard e Touraine con l'iniezione endovenosa al cirrotico del proprio liquido ascitico. Alla seconda iniezione, praticata 21 giorni dopo la prima, seguì un quadro di grave choc anafilattico: ma questi AA. più che pensare alla eterogeneità provocata nel liquido dall'estrazione, credono che il fenomeno sia da attribuire piuttosto a sostanze anormali, formatesi nel circolo in seguito alla prima iniezione, che, prodotte in maggiore quantità durante la seconda iniezione, abbiano determinato lo choc: qualunque sia la spiegazione il fatto è accertato e l'*autoanafilassi* è da porre accanto alla anafilassi provocata da sieri eterogenei.

Circa la frequenza con cui i sieri eterogenei curativi determinano fenomeni anafilattici Martin e Darrè portano un notevole contributo esponendo una statistica di 1400 malati curati col siero nell'ospedale Pasteur. Di questi, 1327 erano soggetti nuovi e solo in 186 di essi (14 %) si presentarono fenomeni lievi da siero; 83 avevano ricevuto altra volta inoculazione di siero, e di essi 40 (48 %) ebbero accidenti anafilattici: questi d'ordinario di lieve entità simili ai primi, comparivano però più precocemente (reazione accelerata di v. Pirket); in 8 casi soltanto si ebbero accidenti immediati con reazione infiammatoria violenta (pseudoflemmone), transitoria. Ma la vera anafilassi serica con sintomi gravi generali gli AA. non hanno notato su 5000 malati circa, che in un caso solo, *in un soggetto nuovo!*

Confortante è certo il risultato di Martin e Darrè, tale da determinare una certa sicurezza alle mani del sieroterapista, incertezza che cominciava ad essere minata dalle recenti osservazioni.

A. Delille e Flandin riportano però due casi di anafilassi serica: il primo dopo una seconda iniezione a distanza di nove anni dalla prima, il secondo dopo sei anni. Mentre la prima inoculazione era stata praticata senza inconveniente alcuno, alla seconda seguirono fenomeni gravi d'anafilassi.

P. Thaon rileva pure gli accidenti anafilattici negli adulti reinoculati: secondo l'A. essi sono anche più frequenti e talora più gravi che nei bambini, specialmente nei tubercolosi curati col siero antitossico.

Le differenze ottenute dai vari autori farebbero pensare che *alle qualità dei varii sieri diversamente manipolati*, sia dovuta una parte dei fenomeni anafilattici; ed in tal senso sarebbe utile continuare le indagini; ricordo a tale proposito una statistica comparata del Besredka che ai successivi riscaldamenti subiti attribuiva l'innocuità dei sieri antitossici, rispetto all'anafilassi, prodotti dall'istituto Pasteur.

Accanto all'anafilassi serica non minore importanza acquista l'*anafilassi alimentare*, la quale si può riprodurre sperimentalmente col bianco d'uovo nei conigli p. es. (Laroche-Richet, Saint-Girons), si può osservare in clinica specie colle uova, col latte, coi crostacei, coi molluschi a preferenza nei bambini: in generale sono quei bambini che malamente tollerano latte ed uova, bambini i quali hanno presentato i piccoli segni d'anafilassi (urticaria, edemi localizzati a una parte della faccia, alle palpebre), quelli che presentano fenomeni gravi di anafilassi alimentare, se si insiste in quella alimentazione per la quale essi erano sensibilizzati: insorge vomito, talora diarrea sanguinolenta, agitazione con dispnea, poi torpore, un aspetto coleriforme, con addome retratto, ipotermia, ipotensione; eccezionale è l'esito letale, la guarigione è in generale rapida.

L'anafilassi alimentare è più frequente in seguito all'ingestione di uova crude, forse perchè l'albumina rimane quale albumina eterogenea, essendo poco intaccata dal succo pancreatico.

Ma per opera di Gougerot, Bezançon, Brunel de Serhonne pare dimostrata anche una *anafilassi infettiva contro la tubercolosi, la lepra, la sporotricosi*; d'altra parte non v'ha una specificità rigorosa, così gli animali tubercolizzati possono essere anafilassati per la lepra (coanafilassi). A Bezançon e Brunel è riuscito, iniettando nella trachea d'una cavia, tubercolizzata per via sottocutanea, dei bacilli tubercolari di provocare dispnea ed una morte rapida con congestione polmonare e alveolite fibrinosa, mentre le cavie sane reagiscono con una broncopolmonite tubercolare: questa esperienza proverebbe che l'animale tubercolizzato è ipersensibile alla reinfezione.

Herry infine ci presenta delle esperienze che secondo l'A. farebbero pensare alla bontà del metodo anafilattico quale prova della specificità d'un germe per una determinata malattia:

Egli, partendo dal concetto che il diplococco reumatico è l'agente del reumatismo articolare acuto, ha iniettato prima per via endovenosa l'emulsione microbica, poi quindici giorni dopo nell'articolazione del ginocchio la tossina, ed è riuscito a produrre costantemente un'artrite con essudato; se s'inietta e la prima volta e la seconda la sola tossina non si produce artrite. Le esperienze non mi pare invero bastino a dimostrare che il diplococco sia proprio l'agente del reumatismo, al più esse sono una nuova via per le anafilassi locali, degna di essere seguita per chiarire forse inesplicabili ancora problemi clinici.

Agli scopi della clinica un forte contributo è stato portato sul metodo Besredka (v. *Policlinico* sez. pratica, 1912) per prevenire i fenomeni anafilattici (antianafilassi); e, variamente modificato, esso ha dato buoni risultati.

Per prevenire l'anafilassi alimentare è necessario sopprimere l'albumina che si ritiene nociva. Chè se malgrado tutte le precauzioni lo choch anafilattico dovesse scoppiare è necessario sottomettere il malato a dieta idrica, che sperimentalmente s'è dimostrata atta a far cessare lo stato di anafilassi. Nei dispeptici Lesné e Dreyfus consigliano poche sostanze albuminoidi e sempre cotte, e l'aggiunta di fermenti digestivi.

PONTANO.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOLOGIA.

Valore semeiologico nell'adulto della diminuzione del murmure vescicolare limitato all'apice.

(F. BEZANÇON. *La Presse Médicale*, n. 63, 1912).

Oggigiorno si ammette che la tisi confermata dell'adulto è preceduta da una fase più o meno lunga, nella quale i sintomi generali e funzionali sono relativamente deboli, qualche volta anche quasi completamente assenti. In questo momento la diagnosi della tubercolosi riposa sovratutto sull'ascoltazione sistematica degli apici, in corrispondenza dei quali non si rileva alcuna modificazione alla percussione, ma invece si ascolta inspirazione rude e respirazione debole. Le ricerche di Grancher, di Lemoine, di Bezançon fatte in diversi soggetti, fanciulli, giovani soldati, adulti, portano a questa conclusione indiscutibile: la relativa frequenza in individui apparentemente in buona salute di una diminuzione del murmure vescicolare, localizzata ad un apice e con una forte preponderanza all'apice destro. Gerardt pensava che la respirazione sia naturalmente più intensa all'apice destro, ciò che attribuiva al volume più grande che il bronco ha da questo lato. Stokes invece riteneva che il murmure vescicolare è più debole a destra che a sinistra. Per la maggior parte dei clinici al contrario il murmure vescicolare ha le stesse qualità ai due apici: opinione questa divisa anche dall'autore, e confermata dall'esame radiologico del torace normale.

Per alcuni clinici la maggiore o minore intensità del murmure vescicolare sarebbe in rapporto sia col modo abituale di decombere, sia con la professione.

In alcuni casi di diminuzione del murmure vescicolare all'apice destro si trattava di persone, che non potevano dormire se non coricate sul lato destro, mentre per altri casi la maggiore o minore ampiezza della respirazione ad un apice era in rapporto coll'uso predominante di un arto superiore sull'altro, sia per abitudine, sia per professione.

Un'altra causa molto più importante di maggiore o minore intensità del murmure vescicolare agli apici sembra risiedere nella integrità della

permeabilità nasale. La diminuzione si vede in individui con lesioni rino-faringee, che determinano insufficienza della respirazione nasale; vegetazioni adenoidi, rinite ipertrofica, ipertrofia delle amigdale. L'ostacolo rino-faringeo non porta con sè necessariamente una diminuzione del murmure vescicolare. Lemoine e Sieur hanno ricercato se la predominanza a destra dell'anomalia respiratoria era in rapporto con una predominanza di lesioni nasali da questo lato. Questo fatto però non si verifica. La diminuzione del murmure fu infine notata indipendentemente da ogni lesione materiale del polmone in certi casi disparati: isterici, neurastenici, pazienti affetti da enterocolite muco-membranosa, da false cardiopatie con palpitazione, da dispepsie molto spiccate, con spasmo del piloro e spasmo gastrico, da appendicite.

Marfan parimenti riferisce di un malato affetto da ematemesi, nel quale aveva constatato indebolimento della respirazione all'apice destro ed all'autopsia non trovò traccia di tubercolosi. Bisogna da questi fatti concludere che è possibile la esistenza di una diminuzione del murmure per atelettasia.

È difficile rendersi conto della ragione che predispone l'apice destro al collasso, secondo l'espressione di Blumel. Per alcuni conterrebbe una maggiore quantità e più fini bronchi del sinistro e quindi meno parenchima e minor quantità di aria. Per Blumel l'apice destro è irritato e sede di uno stato catarrale per azione della polvere entrata dalla bocca in casi di ostruzione nasale. Da altri autori il lobo superiore del polmone destro è considerato come un organo in regressione, cioè come un luogo di minore resistenza.

Altri infine riferiscono il fenomeno alla posizione ed ai rapporti dell'apice stesso.

Qualunque sia l'interesse delle osservazioni precedenti, non bisogna dimenticare che il maggior numero degli individui, nei quali si constata la diminuzione del murmure vescicolare, hanno presentato o presentano ancora al momento dell'esame delle stimmate indiscutibili di tubercolosi. Le ricerche di parecchi autori hanno dimostrato che le reazioni alla tubercolina erano positive nella maggior parte dei fanciulli, che presentavano la diminuzione del murmure vescicolare localizzato ad un apice.

Venendo a parlare delle caratteristiche anatomiche e del significato clinico della diminuzione del murmure vescicolare, Grancher ne fa un sintomo di germinazione tubercolare e l'attribuisce alla esistenza di lievi lesioni tubercolari dell'apice. Per altri invece il fenomeno sarebbe più in rapporto con una lesione ganglio-polmonare, che con una lesione esclusivamente polmonare. Al contrario Bard non lo ritiene come sintoma di inizio, ma come segno di una forma speciale di tubercolosi, la forma abortiva. Per Bezançon la diminuzione del murmure vescicolare localizzato all'apice, indipendente da ogni altro sintoma d'ascoltazione e di percussione non ha un significato univoco. In 1/10 di casi soltanto l'autore rilevò sintomi recenti di infiltrazione tubercolare, i quali potevano far pensare che si assistesse all'inizio evolutivo, ma il più spesso i sintomi di infiltrazione o esistevano da parecchi anni, o, se erano esistiti, erano scomparsi al momento dell'esame. Non bisogna inoltre dimenticare che la tubercolosi non ha un decorso progressivo, ma, almeno in certe sue forme, procede per *poussées evolutive:* allorchè si parla di inizio di tubercolosi si tratta spesso in realtà di un risveglio di tubercolosi latente. Si può allora domandare se la diminuzione del murmure vescicolare è sintomatica delle lesioni tubercolari nuovamente formate, o non è piuttosto la traduzione uditiva delle lesioni tubercolari antiche, fibro-caseose, che hanno servito di punto di partenza al risveglio attuale. È questa un'opinione che sembrano corroborare gli esami radioscopici e le constatazioni fatte alle autopsie di individui morti accidentalmente. In queste vediamo la frequenza nei fanciulli della tubercolosi ganglionare mediastinica; essa è eccezionalmente guarita. Nel polmone, accanto a lesioni latenti fibro-caseose, corrispondenti al focolaio di inoculazione, che risiede alla base od alla parte media, fu segnalata l'esistenza di bande sclerose degli apici, le quali possono essere la causa di respirazioni anomale. Negli adulti le lesioni più spesso osservate sono aderenze pleuriche, tubercoli fibrosi e fibro-caseosi, cicatrici degli apici, cicatrici fibrose raggiate attorno ai tubercoli fibro-caseosi, lobuli enfisematosi ed infine la polmonite cronica, trasformante l'apice in un tessuto nerastro, al taglio del quale si ritrova qualche vecchio tubercolo caseoso.

I dati anatomo-patologici non dànno a sufficienza ragione della maggiore frequenza della diminuzione del murmure vescicolare all'apice destro; dalle statistiche la tubercolosi polmonare latente sembra ugualmente frequente d'ambo i lati. Nelle adenopatie tubercolari latenti, al contrario Naegeli trovò i gangli bronchiali di destra

17 volte tubercolosi isolatamente, mentre quelli di sinistra lo erano 6 volte.

Tutti gli autori concordano nella maggiore frequenza a destra della lesione specifica. Per altro anche allo stato normale i gangli del mediastino sono più voluminosi e più numerosi a destra che a sinistra. P. C.

CHIRURGIA.

Valore dell'anastomosi arterio-venosa nella cura della gangrena dell'arto inferiore.

(H. MORRISTON DAVIES. *Ann. of Surg.* giugno 1912).

Il numero delle amputazioni e disarticolazioni degli arti per lesioni traumatiche o infettive è andato, coi progressi dell'antisepsi e dell'asepsi e dei nuovi presidî chirurgici, man mano diminuendo. Non così però nei riguardi della gangrena degli arti inferiori, specialmente se a tipo invadente.

Gli studi anatomo-patologici di questa sindrome così grave, e sopratutto il rifiorire della chirurgia sperimentale dei vasi, han fatto sorgere la speranza di una cura conservativa della gangrena degli arti inferiori, e di quelle malattie che per i sintomi si possono avvicinare alla gangrena propriamente detta: cioè la *malattia di Raynaud* e l'*eritromelalgia*.

Fra i tentativi fatti in questo senso merita sopratutto menzione l'anastomosi arterio-venosa tra la vena e l'arteria femorale, praticata la prima volta da San Martin y Satrustegui. È noto come tra le varie cause di gangrena primeggino le alterazioni infiammatorie croniche delle arterie: l'endarterite obliterante unita o no a trombosi del vaso. Se l'alterazione è localizzata è ovvio il pensare che una derivazione del sangue arterioso nella vena possa ristabilire la circolazione, nelle parti ove è venuta a mancare.

Le esperienze di Carrel hanno mostrato che la pressione sotto cui circola il sangue arterioso è sufficiente a sormontare l'ostacolo offerto dalle valvole della vena. Fatto questo, di grande importanza, come quello che veniva a dimostrare la efficacia terapeutica dell'anastomosi arterio-venosa.

Naturalmente l'efficacia di questo nuovo metodo di cura si limita solo a quei casi, in cui la gangrena è conseguenza diretta di una malattia delle arterie; ed è inoltre necessario che le alterazioni non siano troppe estese, nè troppo avanzate. Così nelle gangrene settiche, in quelle dovute a traumi violenti, nelle gangrene diabetiche, ecc., non sarebbe certamente il caso di procedere ad un'anastomosi arterio-venosa.

Questa invece trova le indicazioni più nette nelle gangrene consecutive alla legatura di un'arteria o all'escissione di un aneurisma, se lo stato delle pareti vasali si discosta non molto dalla normale.

Mentre però il principio di questo metodo di cura è molto logico, in pratica non è molto facile ottenere successi duraturi; e il fatto devesi imputare senza dubbio alle difficoltà della tecnica.

Le cause più frequenti di insuccesso sono rappresentate dalla obliterazione della vena per trombosi, e dal restringimento di calibro a livello dell'anastomosi arterio-venosa. I chirurgi han tentato di ripararvi perfezionando la tecnica, ed esperimentando i vari metodi di anastomosi: latero-laterale, termino-laterale, terminale, per invaginazione.

Sembra dalle ricerche sperimentali e da quelle cliniche che l'anastomosi termino-terminale e la termino-laterale sieno le migliori. Ma anche con questi due metodi non è raro il fatto che, appena terminata la sutura, si formino dei coaguli, sia a livello della sutura, sia nell'arteria, sia in corrispondenza della prima valvola venosa, e ciò specialmente se questa non cede rapidamente alla pressione del sangue arterioso. Per evitare ciò alcuni han pensato di passare entro la vena un filo di ferro per perforare le valvole; ma è ovvio che questo modo di aprirsi la strada debba facilitare anzichè evitare la formazione del coagulo. I veri fattori predisponenti a queste coagulazioni intravasali sono senza dubbio i maltrattamenti del vaso, specie in corrispondenza della linea d'anastomosi, le alterazioni dei tessuti circostanti, la fuoriuscita di sangue traverso i punti di sutura, e finalmente la sepsi, anche se molto leggera.

Completata la sutura e tolti i clamp, la vena si fa immediatamente turgida e pulsa, almeno fino alla prima valvola. Tale pulsazione si rende talora manifesta nelle vene della gamba, ma la sua presenza o la sua assenza non significa necessariamente successo o insuccesso.

Nei 26 casi raccolti da Monod e Vanverts, la pulsazione delle vene superficiali della gamba fu notata 12 volte. Il segno più sicuro del successo dell'operazione è dato dal ritorno della temperatura normale del piede, dallo sparire dei dolori

e dei crampi. Se l'anastomosi poi continua a funzionare bene, il processo gangrenoso si arresta, le parti mortificate si delimitano, e l'arto torna man mano ad assumere un colorito normale. Ma spesso la vena si ostruisce secondariamente, e la gangrena torna a farsi minacciosa. Anche in questi casi però il miglioramento della circolazione rende possibile un amputazione molto più bassa.

In 5 dei 36 casi finora pubblicati la gangrena subì un arresto completo per molti mesi e in altri due si ottenne la guarigione amputando rispettivamente un dito e il piede. Naturalmente per farsi un giudizio sull'efficacia dell'anastomosi arterio-venosa nella cura della gangrena degli arti inferiori, sarebbe necessaria una esperienza basata sopra un numero molto più considerevole di casi.

In ogni modo Wieting pone per l'anastomosi arterio-venosa le seguenti indicazioni: bisogna aver prima tentato tutti i metodi di cura conservativa; le condizioni generali del paziente debbono essere buone; l'infezione, se presente, non deve essere estesa; l'edema deve rapidamente scomparire sollevando la gamba, e ciò per provare il buono stato della circolazione venosa; la pulsazione dell'arteria femorale deve essere presente, e la vena femorale non deve essere trombosata. I casi più favorevoli sono quelli in cui la gangrena è minacciante, ma non è ancora in atto.

L'A. cita un caso di gangrena di alcune dita del piede e di parte del piede stesso, da lui operato nell'agosto 1911, con l'anastomosi arterio-venosa, fatta verso l'apice del triangolo di Scarpa. La gangrena, dopo l'operazione, si arrestò, e il paziente, dopo qualche tempo, fu in grado di camminare. Nel febbraio 1912 il piede era ancora in buone condizioni. A. CHIASSERINI.

NEUROPATOLOGIA.

L'atrofia crociata del cervelletto negli adulti.

L'atrofia crociata del cervelletto è un fatto oramai ben conosciuto in seguito al lavoro di Turner (1856) e confermato da una serie di studi successivi.

In genere l'atrofia crociata del *cerebelium* viene considerata come caratteristica dell'emiplegia infantile, e la maggior parte dei classici tacciono sullo stato di quest'organo in seguito a lesioni cerebrali capaci di produrre emiplegia nell'adulto. Purtuttavia queste lesioni hanno una notevole ripercussione sul cervelletto ed André-Thomas e Kononova riferiscono quattro casi in proposito, che sono prova che tale ripercussione non costituisce una rarità e che si constaterebbe molto più spesso, se fosse ricercata con maggior cura. Nei quattro casi in parola l'emiplegia è sopravvenuta ad età diverse: 26-39-43-77 anni. Il primo malato sopravvisse 33 anni, 40 il secondo, 10 il terzo, 12 il quarto.

Lesioni cerebrali. — Le lesioni cerebrali erano considerevoli: nei primi tre casi si trattava di focolai di rammollimento corticali e sottocorticali, che avevano distrutto una gran parte delle circonvoluzioni centrali (frontale e parietale ascendente), spesso le circonvoluzioni vicine (parietali e temporali), nel tempo istesso la sostanza bianca sottogiacente e la corona raggiata, interessando anche in profondità il nucleo lenticolare, ma rispettando il talamo ottico; determinando una degenerazione secondaria della capsula interna, del peduncolo cerebrale ad eccezione del fascio di Turck e delle fibre più interne ed un'atrofia secondaria del talamo, della sostanza reticolare della calotta, compreso il nucleo rosso.

Nel quarto caso la lesione sottocorticale aveva distrutto la sostanza bianca al disotto della III C. frontale, della frontale e della parietale ascendente e tagliata a metà la corona raggiata, il cui limite superiore corrispondeva presso a poco a metà altezza delle circonvoluzioni rolandiche. La degenerazione della capsula interna era sopratutto pronunziata nella metà anteriore del segmento posteriore e quella del peduncolo cerebrale nel II, III e V quinti interni. Il talamo si presentava notevolmente atrofico ed era sede inoltre di un piccolo focolaio lacunare.

Cervelletto. — In tutti i casi esisteva un'atrofia del cervelletto che con alcune variazioni d'intensità, si presentava dappertutto cogli stessi caratteri. Essa era esclusivamente limitata agli emisferi e non interessava il verme. L'atrofia cerebellare era crociata rispetto alla lesione cerebrale.

Tale atrofia si riscontrava a carico della corticalità del cervelletto, della sostanza bianca e dei nuclei grigi centrali.

Tutti i lobi del cervelletto erano atrofizzati, ma in genere l'atrofia predominava nel lobo quadrilatero anteriore e posteriore, in due casi tuttavia le amigdale sembravano più atrofiche degli altri lobi.

Nella corteccia, l'atrofia interessava i tre strati, molecolare, granulare e midollare. Però la differenza collo strato corrispondente del lato sano non era considerevole, d'altronde la differenza di volume fra emisfero sano ed emisfero malato non era enorme ed ecco perchè quando ci si addentra nell'esame delle parti costitutive l'estimazione del-

l'atrofia riesce di sempre più delicato apprezzamento.

Ad ogni modo, in seguito all'esame di un grande numero di sezioni si poteva affermare che le cellule di Purkinje erano un po' meno numerose dal lato atrofizzato specie nel secondo malato, che aveva sopravvissuto 40 anni.

La sostanza bianca emisferica presentava riduzione di volume, ma non degenerazione apprezzabile o sclerosi nevroglica. Per converso non sussisteva differenza alcuna fra i due lati per ciò che concerneva il verme e le fibre semicircolari interne ed esterne.

I nuclei grigi centrali erano sempre interessati, ma nel mentre il nucleo del tetto ed il *globulus* che si appartengono al verme erano intatti, esisteva un'atrofia notevole del nucleo dentato e dell'*embolus*.

I festoni del nucleo dentato apparivano più stretti, meno profondi, le cellule meno numerose. L'ilo era più piccolo, ma non presentava fatti degenerativi.

Non si riscontravano in alcun punto lesioni vascolari od iperplasia nevroglica, che concedessero di pensare essere l'atrofia cerebellare primitiva, vale a dire indipendente dalla lesione cerebrale.

Peduncoli cerebellari. — Il peduncolo cerebellare superiore ed il peduncolo cerebellare medio erano nettamente atrofizzati in tutto il loro decorso. Il peduncolo cerebellare superiore era atrofico dal nucleo rosso sino alla sua penetrazione nell' ilo del nucleo dentato, il peduncolo cerebellare medio sin dentro la sostanza bianca del cervelletto.

Il peduncolo cerebellare inferiore o corpo restiforme sembrava meno interessato, tuttavia l'atrofia di tal sistema di fibre poteva essere seguita in qualche caso sino alla sua principale origine, l'oliva bulbare crociata ed i nuclei juxtaolivari, esisteva allora una atrofia delle fibre arciformi inter- e retrotrigeminali e nel tempo istesso delle fibre arciformi esterne.

Nulla a carico del segmento interno del corpo restiforme.

Meccanismo patogenetico dell'atrofia. — L'atrofia del cervelletto era in tal caso la conseguenza dell'atrofia secondaria che hanno subito la porzione ventrale e dorsale dei peduncoli cerebrali. Essa ha seguito il seguente cammino:

1° Degenerazione del *pes pedunculi* — atrofia del nucleo del ponte e delle fibre che ivi prendono origine vale a dire del peduncolo cerebellare medio — atrofia della corteccia cerebellare, che riceve le terminazioni di tal peduncolo.

2° Atrofia del talamo secondaria alla lesione cerebrale, delle terminazioni del peduncolo cerebellare superiore nel nucleo esterno, poi del peduncolo stesso ed infine delle sue zone di origine, nucleo dentato ed *embolus*.

3° Atrofia secondaria della sostanza reticolare della calotta che interessava nel contempo la sostanza bianca e la sostanza grigia, e del fascio centrale della calotta sino all'oliva inferiore, atrofia del corpo restiforme sino al cervelletto.

L'atrofia del primo sistema seguiva la direzione delle fibre ed il senso della degenerazione Walleriana — *atrofia transneurale* —. Quella del terzo sistema può essere parzialmente considerata da uno stesso punto di vista. L'atrofia del secondo sistema (ped. cerebellare sup.) che risaliva dalle terminazioni verso il luogo di origine era una *atrofia retrograda.*

Noteremo di straforo che nei quattro casi in parola, l'atrofia retrograda si era manifestata pure in altri sistemi ed in ispecie in quello del nastro di Reil sino ai suoi nuclei di origine (n. di Goll e di Burdach) attraverso le fibre arciformi interne.

Dunque in conclusione l'atrofia crociata del cervelletto non è contingenza che si appartiene esclusivamente alla emiplegia infantile, ma si può riscontrare anche in quella dell'adulto, ed è tanto più pronunziata per quanto maggiore è la sopravvivenza all'*ictus*. In tutti i casi la lesione cerebrale era molto estesa in superficie ed in profondità ed aveva gravemente danneggiato le vie motrici.

La limitazione dell'atrofia crociata all'emisfero, dimostra ancora una volta di più che bisogna distinguere due parti nel cervelletto: gli emisferi che sono in rapporto col cervello e che si sviluppano di pari passo con questo, il verme che è in rapporto precipuamente col bulbo e col midollo. D'altronde gli emisferi cerebellari seguono nelle serie animali lo sviluppo degli emisferi cerebrali, il verme esiste isolato nei vertebrati inferiori. Ed ecco perchè si può, basandosi sull'evoluzione filogenetica, distinguere con Edinger il *paleocerebellum* che comprende il verme ed il *flocculus* ed il *neocerebellum* o lobi laterali.

Il predominio dell'atrofia nella corteccia del lobo quadrilatero non è meno interessante, in quanto che questo lobo assume il suo pieno sviluppo soltanto negli antropoidi.

La questione delle localizzazioni cerebellari non è ancora definitivamente tracciata, è da ricordare tuttavia al proposito che secondo Rothmann tutte le lesioni limitate alla corteccia del lobo quadrangolare nella scimmia apportano dei disturbi circoscritti all'arto superiore omolaterale; i movimenti di prensione della mano e delle dita sono maldestri ed accompagnati da un tremore a fini oscillazioni; il braccio assume un atteggiamento di flessione esagerato. Tutto questo ricorda ciò che si è osservato in alcuni casi di atrofia olivo-ponto-cerebellare. (*Revue Neurologique*, 1912, n. 5).

TR.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL SS. SALVATORE IN LATERANO.

II Reparto diretto dal prof. A. LUGLI

Embolie multiple da endocardite pregressa con vizio valvolare muto

per il dott. TOMMASO PONTANO
medico-aiuto negli Ospedali di Roma.

Non un quadro clinico nuovo o raro, ma la difficile interpretazione e gl'insegnamenti per la diagnosi e per la terapia, che derivano dal reperto anatomo-patologico, m'inducono ad aggiungere alla già ricca letteratura sull'argomento il seguente caso clinico.

A... F..., di anni 34, donna di casa. Maritata con un uomo sano, non ha sofferto in passato malattie degne di nota. Dal matrimonio ha avuto due figli nati a termine e viventi; non aborti. Non è bevitrice, nega lues.

In pieno benessere, quattro giorni fa (il 4 gennaio 1912), colta da improvviso malore, cadde a terra, priva di coscienza; nella caduta si produsse una ecchimosi nella regione periorbitaria sinistra.

Fu subito messa a letto, con applicazione di ghiaccio sul capo; la coscienza è rimasta obnubilata fin quasi alla sera; anche il giorno seguente l'ammalata era disorientata e diceva cose senza nesso, pronunziava però bene le parole. I parenti si accorsero subito che, nei movimenti disordinati della paziente, la metà sinistra del corpo rimaneva immobile; la coscienza è rapidamente migliorata, il linguaggio normale, persistente l'emiplegia, stipsi, non perdita di urine, non elevazioni termiche; in tale stato è condotta all' ospedale la mattina dell'8 gennaio.

Un rapido esame obbiettivo, quale le condizioni gravissime della paziente consentivano, dava: giace in decubito supino, cosciente, irrequieta. Di costituzione scheletrica regolare, di nutrizione scaduta. Cute pallida, non edemi. Ecchimosi della regione periorbitaria sinistra, cianosi delle labbra e delle estremità; linguaggio, fonazione normali.

Polso 80. Respiro 22. Temperatura 36°.7. Lieve esoftalmo, senza sindrome oculare; nulla di notevole a carico della bocca, del faringe, del collo.

Torace. — Scarno, di forma regolare.

Polmoni. — Nei limiti normali; qualche sibilo e scarsi rantoli umidi alle basi.

Cuore. — Regione precordiale normale; itto visibile e palpabile al V spazio sull'emiclaveare. Pulsazione epigastrica evidente. Non fremiti. Con la percussione la punta è sul luogo notato, il cuore destro deborda di un centimetro dalla margino-sternale destra; in alto il limite superiore è al margine inferiore della terza costola. Il 1° tono alla punta è impuro, seguito da rumore di soffio, che si trasmette bene e si ascolta egualmente sui focolai della base. Il 2° polmonare non è accentuato, i toni sull'aorta deboli, oscuri. Il polso 80, piccolo, ritmico, disuguale, molle.

Addome. — Appiattito. Smagliature gravidiche di antica data. Ombellico avvallato. Si palpano masse fecali nel colon discendente, non meteorismo, non liquido libero.

Organi ipocondriaci. — Volume normale. Nulla a carico dell'apparato linfoglandolare, dei genitali esterni. Esplorazione vaginale negativa.

Sistema nervoso. — Emiplegia flaccida sinistra: la paralisi è completa nell'arto superiore sinistro, lievi movimenti limitatissimi sono possibili nell'arto inferiore dello stesso lato; il faciale inferiore sinistro partecipa alla paralisi; è difficile dire del faciale superiore per l'ecchimosi periorbitaria. Le condizioni di grave irrequietezza dell'inferma non permettono indagini più accurate. L'esame delle urine non rivela presenza di albumina nè di glucosio.

***

Una paziente, giovane, senza precedenti morbosi, da tre giorni era stata colta da un ictus con perdita della coscienza, a cui avea seguìto emiplegia flaccida sinistra: la natura organica della lesione non poteva essere messa in dubbio (partecipazione del faciale inferiore), l'origine cerebrale era chiara (emiplegia totale); l'ictus sopravvenuto improvvisamente, con perdita della coscienza di breve durata, senza congestione del viso, senza successive elevazioni termiche, senza perdita delle feci e delle urine, in una donna giovane induceva a pensare ad *un rammollimento di origine embolica* o *di origine arteritica*; la sede più probabile, la corticalità o la sottocorticalità data la rapida dissociazione motoria che, a distanza di pochi giorni, si veniva stabilendo in un'emiplegia che si manteneva flaccida, tra l'arto superiore e l'inferiore: nè l'inferma nè i parenti accennavano invero a scosse convulsive parziali a conforto della sede corticale, ma esse possono essere sfuggite e possono essere mancate, data la insorgenza istantanea della grave affezione.

Ho detto rammollimento corticale da arterite (trombosi) o da embolia; il problema, in una donna giovane, non poteva essere risoluto che per due vie: o con la dimostrazione di una lues o con la dimostrazione d'una sorgente embologena. Invero considerazioni d'indole clinica facevano propendere piuttosto per l'embolia che per la trombosi: la paziente, in pieno benessere, era stata colta da improvviso malore: non cefalea precedente, non parestesie a carico degli arti; all'improvviso perdita di coscienza ed emiplegia, non progressione gra-

duale della deficienza motoria. Sono però insufficienti tali semplicistiche e schematiche considerazioni, se si pensi di quale scarso potere d'autoosservazione sono forniti molti malati, e quale scarso affidamento si deve fare sulle condizioni della memoria di una paziente colpita da così grave trauma. Sebbene i caratteri dell'ictus portassero a ritenere che l'insulto apoplettico fosse la conseguenza d'una embolia, la ricerca si doveva allargare: era la paziente una luetica, avea nel suo organismo un organo che avesse potuto lasciare in circolo un embolo? Due figli viventi e sani, il marito in floride condizioni di salute, non manifestazioni cutanee, non dolori ossei, nè cefalea notturna, il sistema glandulare integro, nessun segno di sifilide ereditaria, la Wassermann negativa (metodo originario); le ricerche cliniche e di laboratorio negative riconducevano quindi al sospetto d'embolia.

Ma il centro embologeno bisognava trovare e dimostrare: la paziente avea avuto l'ultimo parto regolare due anni prima, l'esame vaginale era negativo: non avea mai avuto affezioni febbrili, le condizioni di nutrizione, scadute, non erano però nè marantiche nè quelle d'una grave anemia; la lesione cerebrale (rammollimento da embolia) richiamava piuttosto l'attenzione sull'organo, che più di frequente in alcuni suoi stati morbosi è capace di determinare embolie, *sul cuore*. L'anamnesi era muta: non accenni a reumatismo da bambina, nè da adulta, non angine; due parti sopportati bene. È noto però che certe affezioni cardiache infiammatorie trovano la loro origine in fatti morbosi trascurabili della vita, in un torcicollo in un bambino, in una lieve angina eritematosa in un adulto, è noto che un'endocardite verrucosa può impiantarsi e svolgersi subdolamente. L'esame del cuore poteva essere decisivo; ma esso dava: scarsa dilatazione a destra, un lieve, senza caratteristiche di sede e fonetiche, soffio sistolico su tutti i focolai; poi la palpazione, il resto dell'ascoltazione, i caratteri del polso, l'esame dei vasi e degli organi, che delle condizioni morbose del cuore sogliono per i primi risentire gli effetti (polmoni, fegato, rene), presso che negativi: solo alle basi polmonari qualche rantolino da stasi, spiegabile d'altra parte col prolungato decubito dorsale, in una paziente in grave stato di collasso.

Se l'esame anamnestico ed obbiettivo faceva negare l'esistenza della lues, l'ipotesi dell'embolia, che si dovea perseguire, non trovava il suo punto d'appoggio. Si poteva al più pensare all'esistenza di un'insufficienza sulla mitrale, che d'altra parte non è il vizio proprio dell'embolismo; ma per tale diagnosi mancavano segni di importanza capitale (localizzazione e caratteristiche fonetiche del soffio, accentuazione del 2° tono polmonare): dinanzi alle condizioni del cuore della paziente veniva fatto piuttosto di pensare ad una dilatazione acuta del cuore per lo stato di collasso, ma questa conseguente, non precedente. E allora nella impossibilità di ritrovare l'origine della embolia, o si doveva pensare ad una subdola endocardite parietale, e, con questa elegante supposizione, spiegare il quadro clinico sicuro, oppure bisognava di nuovo accarezzare l'ipotesi della trombosi da arterite luetica.

Nel dubbio si credette opportuno d'iniziare una cura antiluetica e di somministrare un modico cardiocinetico (XXX g. di strofanto *pro die*).

***

Durante la degenza nell'ospedale dall'8 al 16 non elevazioni termiche, l'alvo stitico, le urine normali per qualità e quantità. Un nuovo esame obbiettivo del giorno 16 dimostrava il cuore di grandezza immutata, *il 2° tono polmonare alquanto accentuato*, il polso aritmico per numerose extrasistoli, di frequenza di poco superiore al normale. L'emiplegia si manteneva flaccida, però l'arto inferiore aveva movimenti meno limitati, il riflesso rotuleo di S più vivace che a D. Mancanza del riflesso plantare. Lo stato generale e le condizioni circolatorie migliorate. Si giunge in tale stato al 21 gennaio; l'inferma ha avuto undici iniezioni di bijoduro di mercurio.

Nella notte del 22 è assalita da improvvisi e violenti dolori addominali, seguìti subito dopo da diarrea sanguinolenta.

All'esame del mattino si notava: lieve difesa addominale, non dolore alla pressione, non meteorismo, le feci contengono sangue rosso. Il polso è salito a 108.

L'ammalata accusava forte dolore renale.

Le condizioni si aggravano rapidamente; alla visita della sera (ore 16) il polso è 150, piccolo, disuguale, aritmico.

Durante il giorno la paziente ha avuto brivido di freddo, vomito profuso ed infrenabile. Sonnolenta, ogni tanto ha conati di vomito, vomito, singhiozzo.

La facies è stirata, la lingua arida, la bocca secca.

A carico dei *polmoni* rantoli diffusi e ronchi.

Cuore. Invariato alla percussione. Aritmia notevole. Soffio sistolico su tutti i focolai. Primo tono vibrato e forte preceduto da lieve rumore di soffio, *che dà ritmo di stenosi*. Sulla aorta i toni oscuri.

L'*addome* è teso per difesa della parete, più accentuata nel quadrante inferiore destro, in cui la palpazione suscita più vivo il dolore; in basso a S risuonanza meteorica, a destra dove è più spiccata la difesa, suono ridotto. Non liquido libero.

Le urine presentano albumina abbondante.

Precipita rapidamente la malata: al mattino del giorno dopo i lineamenti sono ippocratici, la lingua secca, coriacea, le narici fuliginose, dispnea, il polso filiforme, 168; vomito, singhiozzo, persiste la diarrea sanguinolenta; persistono i dolori addominali. Alle 16 dello stesso giorno muore.

***

Il quadro clinico era dunque mutato, e, complicandosi, s'era rischiarato: dolori addominali improvvisi, quasi una crisi di *angina addominis*, diarrea sanguinolenta subito dopo il dolore, sono i segni caratteristici d'un ictus addominale, d'un'embolia od una trombosi improvvisa nel dominio delle mesenteriche: in una giovane paziente che presentava già una emiplegia, di cui l'origine si sospettava in un embolo, non poteva più rimanere il dubbio: esclusa facilmente per l'età e per le condizioni del sistema vasale, una trombosi, rarissima, non rimaneva che pensare all'embolia della mesenterica superiore, data la localizzazione del dolore nella sezione destra dell'addome.

Più vivo sorgeva quindi il desiderio di accertare l'origine degli emboli: il cuore, mutata frequenza e ritmo, conservava il soffio sistolico, ma il primo tono alla punta era rinforzato e preceduto da lieve rumore; il 2° polmonare era accentuato. Erano questi nuovi indizî tali da far porre una diagnosi di certezza? È difficile in un cuore aritmico poter parlare di vizio valvolare, più difficile in tali condizioni affermare uno specifico vizio valvolare. L'endocardite noi pensavamo quindi dovesse esistere, non avevamo elementi però per decidere in quanto le valvole partecipassero alla lesione, epperò la nostra diagnosi clinica fu così formulata: *Endocardite. Embolia della silviana destra e della mesenterica superiore.*

AUTOPSIA.

Polmoni, lieve endema.

Cuore, modica ipertrofia e dilatazione di tutto il cuore. Endocardite cronica mitralica, aortica, tricuspidale. Endocardite ricorrente mitro-aortica (insufficienza e stenosi mitralica, insufficienza aortica). Trombosi parietale dell'auricola sinistra.

Fegato da stasi.

Milza, reni, infarti di antica data. Rene destro infarti recenti.

Trombosi della *mesenterica superiore*, della *renale destra*, dell'*ultima porzione dell'aorta, delle iliache*; infarto del *tenue* e del *crasso* nel dominio della mesenterica superiore.

Non fu concessa la visione del cervello.

Sul controllo fornito sul reperto anatomico, la diagnosi, nei suoi punti capitali, si dimostrava piuttosto esatta, ma essa era stata tardiva e aveva preso consistenza solo dopo l'insorgenza della crisi addominale che aveva fatto supporre l'embolia della mesenterica. È necessario domandarsi le ragioni per le quali un cuore, così leso nei suoi apparati valvolari, non fornisse quei segni fisici comuni, decisivi per le deduzioni diagnostiche: è vero che negli ultimi anni allo studio della funzionalità cardiaca si sono schiusi nuovi orizzonti, ma è innegabile che in molti casi, e il nostro deve considerarsi del numero, solo ai rumori cardiaci come pure alle alterazioni dei toni si può ricorrere come all'elemento diagnostico più probativo, per riconoscere i vizî e le anomalie della musculatura e della funzione cardiaca. Nel nostro caso il problema diagnòstico sarebbe stato di facile risoluzione se, ad es., un fremito od un soffio presistolico si fossero percepiti, se una netta accentuazione del 2° polmonare fosse esistita a testimoniare una stenosi mitralica per la determinazione di embolie: mancavano, almeno all'inizio, tutti i segni ascoltatori, i disturbi funzionali, la dispnea, la tachicardia, le aritmie, era presente solo una lieve dilatazione del cuore destro, mancavano infine i segni d'un'affezione pregressa del cuore (sporgenza della regione precordiale, organi da stasi, ecc.).

Durante la vita, la paziente, se si eccettui qualche lieve palpitazione, non aveva mai richiamato l'attenzione sul cuore: nemmeno durante le due gravidanze, che essa aveva sopportato benissimo. È necessario per delucidare questo primo punto del problema, richiamare schematicamente poche nozioni di fisiopatologia cardiaca.

Le conseguenze dei disturbi idraulici, nei cardiovalvolari, sono in rapporto con varî fattori: il lavoro che il cuore è chiamato a prestare per il tenore di vita del malato, il grado del vizio valvolare, lo stato del miocardio e degli altri organi. Se insorga un'endocardite, la quale lasci integro il muscolo, in un individuo giovane, e peraltro sano, che viva una vita moderata per richieste muscolari, è evidente che la deformazione cardiaca (ipertrofia, dilatazione) e le conseguenze idrauliche sugli organi devono essere in istretto rapporto col grado della lesione valvolare, e, se queste sono multiple, colla risultante che dalla complessità e dal grado delle lesioni deriva.

È noto che donne affette da stenosi ed insufficienza della mitrale possano a lungo condurre una vita anche onerosa per lavoro e per gravidanze ripetute; è noto (Huchard (1), Luton, Broabdent, Barth) che vizî a carico di tre orifizî (mitralico, tricuspidale, aortico) possano reciprocamente compensarsi parzialmente, così da offrire un minimo di turbe idrauliche.

(1) HUCHARD. *Traité des maladies du coeur*, t. III, p. 727.

Non diversamente deve essese avvenuto per le lesioni mitro-aortiche-tricuspidali della nostra paziente: il fatto non sempre si verifica, ma può e deve dipendere più che dalla localizzazione su questo o su quello apparato valvolare, dalla proporzionalità del grado del difetto di chiusura o d'apertura, sicchè quasi nessuna parte del cuore assume da sola il compenso del difetto dell'altra, ma tutte assieme sopportano in proporzione le conseguenze dannose: naturalmente nella nostra paziente è da tener conto che al compenso parziale reciproco delle alterazioni funzionali rispondeva una perfetta integrità degli altri organi, l'età giovane, la vita regolata, senza abusi di nessun genere, sì che il cuore e gli organi circolatori, i quali tante stazioni di compenso rappresentano, poco avevano potuto risentire della molteplice lesione anatomica.

Rimane il secondo problema, non meno importante per il clinico: *perchè mancavano i segni ascoltatori?* I rumori valvolari organici si originano nel momento in cui il sangue, attraversando orifizi più stretti, raggiunge spazî più ampi; tale restringimento della corrente, decisivo per la genesi dei rumori, si effettua in due differenti modi, o perchè la valvola non si apre in modo completo alla corrente sanguigna normalmente avviata, o perchè si chiude incompletamente ed in tal guisa lascia defluire, per una stretta apertura, una corrente sanguigna anormalmente avviata. Per ogni grado di ostacolo è indispensabile però un determinato *minimo di velocità della corrente*, perchè si origini il rumore; tale minimo di velocità è naturalmente in rapporto con una serie di fattori che si possono compendiare in due principali: lo stato del miocardio, l'azione delle rivoluzioni cardiache. Un valore limitato quindi assumono per il grado del vizio, l'intensità ed i caratteri del rumore, come già unanimemente gli AA. osservano; possono restare privi di rumore i vizi valvolari, quando la corrente sistolica o diastolica non raggiunga il grado sufficiente proporzionale: sì che in tutte le affezioni morbose del cuore, non accompagnate da rumori, deve prendersi opportunamente in considerazione la possibilità di vizi valvolari muti. Goldscheider (1) nella splendida analisi « su i fenomeni acustici nei vizi di cuore » a proposito dei vizi mitralici, scrive che « il rumore mitralico è in rapporto con la velocità della corrente, esso può sparire nella debolezza muscolare; la velocità della corrente dipende dalla forza di contrazione auricolare, perciò il rumore, quando il cuore è debole, sarà meno forte e potrà scomparire. Nel collasso, e negli ultimi periodi il rumore non è più percettibile; così anche il rumore diastolico può essere inaudibile per la diminuita velocità di corrente, come pure per l'azione cardiaca accelerata con diastole raccorciata. Negli stati di debolezza infine, soggiunge il Goldscheider, nel collasso, il 2° tono aortico perfino, divenuto straordinariamente debole, può anche mancare».

L'Huchard (1) ci ricorda, con poche pennellate, che la sindrome di stenosi mitralica può essere variabile: « un giorno si può sentire il ritmo mitralico completo con lieve ronzio diastolico o rullio presistolico, *claquement* d'apertura della mitrale o di chiusura, sdoppiamento del 2° tono; un giorno di questi numerosi segni fisici sussiste lo sdoppiamento del secondo tono. Queste variazioni sintomatiche risultano il più delle volte dallo stato d'acceleramento o di rallentamento dei movimenti cardiaci » e quindi dalla velocità della corrente.

Ricordiamo: la nostra paziente era ancora sotto il grave shock, prodotto da un'imponente embolia cerebrale, il polso piccolo, filiforme, l'azione cardiaca diminuita, i toni oscuri, deboli; allo stato d'inibizione e di rilasciamento cardiaco è verosimilmente da imputarsi la mancanza dei dati ascoltatorî: il 2° tono nel focolaio polmonare divenne infatti accentuato sotto l'azione di un cardiocinetico (strofanto), ed, allorchè, per una nuova complicanza embolica, l'azione cardiaca fu come frustata, il polso divenne più frequente, sulla punta comparve, sotto l'accelerazione della corrente, la sindrome di stenosi mitralica.

Se nel compenso reciproco dei vizi valvolarî era la causa delle mancate conseguenze evidenti del disturbo idraulico, nello stato di debolezza circolatoria (diminuita velocità di corrente) deve ritrovarsi la causa della mancanza di segni ascoltatorî: mezzi meccanici e medicamentosi più attivi (movimenti, digitale) nel nostro caso sarebbero riusciti certo utili per attivare la circolazione e rendere più facile la

(1) LEYDEN e KLEMPERER. *Malattie del cuore.* La Clinica contemporanea, vol. IV, p. 2ª.

(1) HUCHARD. *Les maladies du coeur et leur traitement.* 1908, pag. 30.

diagnosi, ma date le condizioni della malata, era prudente astenersene.

Poche parole infine a proposito dell'*embolia della mesenterica superiore*, non dal punto di vista diagnostico, chè nell'ammalata in ispecie la diagnosi risultava chiara e si poteva stabilire precocemente, ma dal punto di vista prognostico e terapeutico. L'embolia della mesenterica superiore è tale complicanza, che fatalmente porta ad esito letale; non esistono cure mediche che possano menomamente attenuare il danno: se il paziente sopravvive per qualche tempo, necrosi, gangrena dell'ansa intestinale e peritonite mortale seguono alla brusca oppilazione del vaso arterioso. In questi ultimi tempi, in cui la chirurgia nulla ha lasciato d'intentato per via sperimentale e sugli ammalati, si è pensato all'intervento chirurgico delle embolie (arteriotomia ed estrazione dell'embolo, anastomosi artero-venosa, resezione del segmento occluso e riunione capo a capo dei monconi, legatura distale del segmento occluso). Le indicazioni operatorie sono limitate agli emboli non settici, recenti, staccati dal cuore sinistro ed obliteranti un'arteria sana ed accessibile.

Finora gl'interventi per embolia non sono stati seguiti da resultato durevole, ma « sarebbe lo stesso, domanda il Lejars (1), se si potesse intervenire su embolie giovani, su giovani soggetti, su arterie presso che sane? »

Un'embolia della femorale chirurgicamente curata dal dott. Labey (2), seguita da guarigione, dimostra che la questione dell'intervento operativo nelle embolie è risoluto per l'affermativa.

Nella nostra malata l'idea dell'intervento era da rifiutarsi *a priori* per le condizioni gravissime della paziente, ma così potrebbe non essere in altri casi consimili: senonchè il reperto anatomo-patologico aggiunge ancora alle altre una controindicazione nuova: con quelle della mesenterica superiore si accompagnava embolia di una delle renali, alla quale aveva seguito rapidamente trombosi dell'ultima porzione dell'aorta e delle iliache; è necessario quindi potere escludere *l'eventualità di embolismi multipli*, con una diligente ricerca clinica allo scopo condotta, se non si vuole tentare un atto operativo certamente vano; purchè questo però sia circondato da oculatezza, è giustificato in individui giovani, quando la diagnosi sia precocissima, dinanzi alla triste fatalità che altrimenti conduce a morte il malato.

(1) Bull. et Mémoires de la Société de Chir., 1911, p. 1094-1106.

(2) MOSNY et DOUMONT. *Embolie fémorale au cours d'un rétrécissement mitral pur. Artériotomie. Guérison.* Revue de thérapeutique, n. 4, 1912.

LEZIONI

La diagnosi differenziale degli accessi dolorosi addominali e il loro trattamento.

(A. ALBU. *Deutsche Med. Woch.*, n. 22, 1912).

Il medico pratico s'incontra ogni giorno con pazienti che soffrono od hanno sofferto di dolori addominali. Spesso anche malati intelligenti non sanno localizzare la sede delle loro sofferenze; ciò che è in parte dovuto al fatto della incertezza obbiettiva delle sensazioni, di cui spesso non solo è difficile definirne il punto preciso d'insorgenza, ma anche la direzione delle irradiazioni dolorose. D'altra parte non bisogna dimenticare che spesso la sede del dolore è diversa da quella da cui si origina la sensazione: si comprendono perciò le difficoltà insormontabili che spesso il medico incontra nell'analisi di tali stati morbosi.

Veniamo anzitutto a parlare di quegli accessi dolorosi che possono venir localizzati in corrispondenza dell'epigastrio e che vengono attualmente definiti come « gastralgia » o gastrospasmo. *Esiste anzitutto un gastrospasmo causa di sensazioni dolorose?* Si può rispondere affermativamente o negativamente secondo come si consideri la cosa. In realtà stati tonici di tutta la muscolatura gastrica possono considerarsi vere eccezioni: io però ne ho potuto osservare due casi: si trattava di pazienti molto emaciati in cui non era difficile praticare la palpazione dello stomaco; in ambedue la causa del gastrospasmo era da attribuirsi ad un ostacolo meccanico del piloro.

Nella massima parte dei casi le contrazioni spastiche dello stomaco rimangono circoscritte all'*antrum pylori;* quindi per noi *pilorospasmo* deve considerarsi come sinonimo di gastrospasmo. Il pilorospasmo va considerato come la causa della stenosi pilorica dei lattanti; però alcuni autori ammettono che in alcuni casi si avrebbe una vera stenosi organica (ipertrofia della muscolatura dell'antro): anche negli adulti la presenza di un piloroplasmo è indiscussa, come è stato constatato al tavolo operatorio: quando l'addome si presta ad una palpazione accurata si può pure avvertire in corrispondenza al piloro un tumore della forma di un uovo e di consistenza molle, che in qualche momento scompare completamente.

Le cause del pilorospasmo sono multiple: nella massima parte dei casi esso dipende da un'*ulcera gastrica* in atto; è dubbio però se anche un'*ipercloridria o un'ipersecrezione* per sè possano determinare uno spasmo della muscolatura pilorica anche indipendentemente da piccole erosioni della mucosa pilorica.

Un'altra causa abbastanza frequente del pilorospasmo è rappresentata dalle stenosi piloriche anche di natura benigna ed ha il valore di un processo di compenso per opera della muscolatura pilorica ipertrofica: nelle stenosi piloriche di natura neoplastica si verifica solo nelle forme di scirro, mentre il carcinoma pilorico ulcerato determina un rilasciamento della muscolatura pilorica. Il pilorospasmo consecutivo alle stenosi di rado però dà disturbi subiettivi ed i dolori accessuali che si verificano talora in tali stati morbosi debbono mettersi in rapporto col ristagno progressivamente crescente di sostanze decomposte: tali dolori cessano subito dopo il vomito o il vuotamento dello stomaco colla sonda. Il vomito è un fenomeno che si accompagna con una certa frequenza al pilorospasmo, giacchè l'occlusione improvvisa del piloro ha per conseguenza la produzione di un'antiperistalsi intensa di tutta la muscolatura dello stomaco.

Inteso così oggi il cosidetto gastrospasmo come uno spasmo della muscolatura pilorica, rimane ad accennare alla questione se esiste un *pilorospasmo nervoso*. L'ipotesi che possa esistere un pilorospasmo per cause centrali o provocato per via riflessa, per stimolazione delle terminazioni sensitive della mucosa gastrica, non ha un appoggio sperimentale, però le *crisi gastriche dei tabici* vanno considerate come esempi tipici di spasmi pilorici di origine centrale. Di tutte le ipotesi, quella che ammette un'origine riflessa dello spasmo è senza dubbio la più probabile; però non si conosce il punto in cui si origina il riflesso. Lo stomaco degli individui affetti da gastrospasmo per lo più, prescindendo dai casi in cui esiste ipercloridria, è sotto ogni rapporto normale. La caratteristica di tali accessi dolorosi è la loro persistenza talora per giorni o settimane e la loro intensità, per cui è indispensabile per lo più ricorrere a ripetute iniezioni di morfina. Il vomito può mancare completamente. Merita menzione il fatto che le crisi gastriche possono precedere di anni l'insorgenza della sintomatologia classica della tabe: quindi quando notiamo il ripetersi di dolori gastrici violenti di natura sconosciuta, dobbiamo pensare ad una tabe latente.

Nel capitolo del pilorospasmo nervoso dobbiamo comprendere *le gastralgie degli isterici e dei nevrastenici* che debbono spiegarsi come una maggiore irritabilità del tratto gastro-intestinale, determinata da una speciale predisposizione. Esse rappresentano un sintoma locale di una nevrosi: ma una nevrosi gastrica di questo tipo in individui a sistema nervoso integro non esiste. La diagnosi di gastralgia nervosa è però spesso una diagnosi di disimpegno, nei casi che ci sfugge la causa morbosa anche se non esiste un abito nevrastenico ed isterico: pur dandole un valore provvisorio potremo formulare una tale diagnosi solo dopo avere escluso le cause più comuni delle gastralgie.

La causa più frequente del gastrospasmo è, come abbiamo già accennato, l'ipercloridria, che sebbene più rara di quello che comunemente viene ammessa, ha la sua ragione d'esistere come espressione di una nevrosi secretoria indipendente e che si manifesta con crampi dolorosi all'epigastrio specialmente dopo qualche ora dai pasti, quando lo stomaco si è vuotato. In tali casi esistono quasi costantemente altri sintomi che ci guidano alla diagnosi; così eruttazioni acide, pirosi, scialorrea, vomito di sostanze acide, ecc. Spesso all'iperacidità si accompagna l'*ipersecrezione* e non è improbabile che il rapido riempimento dello stomaco con una forte quantità di succo gastrico iperacido sia la causa determinante del pilorospasmo.

Dal punto di vista pratico è più importante il fatto che sotto il sintoma del pilorospasmo si nasconde un'*ulcera gastrica* in atto, specialmente della regione pilorica. La stimolazione del fondo dell'ulcera per opera delle sostanze alimentari o del succo gastrico iperacido, che a tale stato morboso di regola si accompagna, sono di regola la causa dell'attacco doloroso. Il sospetto di ulcera verrà convalidato dalla presenza di un punto doloroso alla pressione ben circoscritto, dai risultati della colazione di prova e dal reperto del sangue nelle feci.

L'*ulcera duodenale* nella massima parte dei casi si manifesta con gastralgie che spesso cessano per mesi e poi di nuovo si ripetono vari giorni consecutivi, spesso anche varie volte nello stesso giorno. Essi hanno di caratteristico che coll'assunzione di cibo diminuiscono o cessano, sintoma questo che a torto prima si riteneva caratteristico della sola ipercloridria. Questo dolore a digiuno « *Hungerschmerz* » deve far pensare, soprattutto se insorge di notte, ad un'ulcera duodenale: il vomito manca quasi sempre, ma nelle feci esistono quasi costantemente traccie di sangue.

Un'altra affezione che simula i dolori gastralgici è costituita dalla *calcolosi biliare:* essa costituisce la causa di circa la metà delle gastralgie. È ancora discusso il meccanismo di produzione del dolore, se cioè è dovuto al semplice fatto meccanico dell'incuneamento del calcolo o se esso è

in relazione colla tumefazione e distensione infiammatoria della cistifellea e delle grosse vie biliari. Per lo più basta un'accurata anamnesi ed una buona palpazione addominale per guidarci ad una diagnosi esatta: spessissimo l'insorgenza dell'ittero dissipa ogni dubbio diagnostico. Un tumore cistico nettamente palpabile è raro: quasi costanti sono invece un certo grado di epatomegalia ed una dolenzia della regione cistica. Anche l'irradiazione del dolore alla spalla destra è un buon argomento diagnostico.

Un altro organo che è causa di dolori accessionali che simulano il pirolospasmo è il *pancreas*; specialmente la pancreatite acuta, la necrosi e la emorragia pancreatica insorgono con violenti dolori all'epigastrio.

Molti attacchi dolorosi, che vengono interpretati come dovuti a colica biliare, sono in realtà coliche pancreatiche, determinate per lo più da occlusione del dotto pancreatico o da processi infiammatori dell'organo; più raramente da occlusioni calcolose. Nelle persone polisarciche si pensi sempre al pancreas. Non è poi da credere che le affezioni pancreatiche siano sempre secondarie alle malattie delle vie biliari, chè anzi qualche volta succede il contrario. Anche la presenza dell'ittero o la sua assenza non sono criteri assoluti per la diagnosi differenziale delle due affezioni. Le coliche pancreatiche acute sono caratterizzate da un'insorgenza improvvisa e spesso dànno il quadro clinico dell'occlusione intestinale: si tratta di un pseudoileo localizzato solo alla metà superiore dell'addome. Un criterio di un certo valore che parla di una localizzazione pancreatica è l'irradiazione del dolore all'ipocondrio sinistro.

L'appendicite acuta può insorgere con dolori all'epigastrio che rivestono un carattere colico, però l'esame della regione ileocecale c'illuminerà sulla natura della malattia: quindi nelle gastralgie insorte acutamente e accompagnate da febbre non bisogna mai dimenticare l'esplorazione della regione dell'appendice.

Un altro processo morboso causa di gastralgie è rappresentato dalle *ernie epigastriche:* sono specialmente le ernie molto piccole, formate dall'omento quelle che dànno origine a dolori violenti all'epigastrio. La loro diagnosi è possibile solo mediante un'accurata palpazione della linea alba, giacchè il punto che corrisponde all'ernia è dolentissimo: l'ernia si può mettere più in vista facendo tossire l'ammalato o facendogli eseguire una iperestensione forzata del tronco. Dalla confusione delle vere gastralgie cogli attacchi dolorosi dovuti a *nevralgie intercostali* e *mialgie* ci salverà un'accurata palpazione.

Finora abbiamo considerato le cause degli attacchi dolorosi circoscritti all'epigastrio: ora parleremo di quegli attacchi dolorosi localizzati alla metà inferiore dell'addome.

Una parte di questi dolori addominali è costituita dal cosiddetto *enterospasmo*: qui si verifica lo stesso processo descritto nel piloro; si hanno cioè dei veri spasmi circoscritti a porzioni più o meno lunghe dell'intestino (5-20 cm.), che durano da qualche minuto a qualche ora, ma possono persistere anche per parecchi giorni. Anche nelle comuni diarree o dopo la somministrazione di un purgante si producono tali spasmi dolorosi che cessano poi dopo il vuotamento dell'intestino.

Anche *l'appendicite* può insorgere con una violenta colica intestinale; dopo qualche ora si verifica però la localizzazione del dolore nella sede tipica e quindi si dissipa qualunque dubbio diagnostico.

L'appendicite cronica (empiema del processo vermiforme, ecc.) dà origine ad attacchi dolorosi periodici che partono dalla fossa iliaca destra diffondendosi a tutto l'addome (coliche appendicolari): esistono però mialgie, nevralgie o spasmi nervosi del colon che possono simulare tali coliche appendicolari, giacchè non sempre anche nelle vere coliche appendicolari si ha un reperto sicuro dalla palpazione.

Il più tipico esempio di una nevrosi intestinale è la *colica saturnina*, la cui diagnosi, oltre che dall'anamnesi, si fa dalla presenza di altri segni che stanno a dimostrare un'intossicazione cronica da piombo.

La *stipsi spastica* è causa di dolori violenti addominali, che hanno una grande analogia coi precedenti: la diagnosi, oltre che dalla palpazione di anse intestinali contratte, si fa dalla configurazione a nastro delle feci. Tale stato morboso esiste realmente, però nella pratica viene diagnosticato forse con troppa frequenza: spesso si combina colla stipsi atonica.

Nella stitichezza spastica gli spasmi, al contrario della colica saturnina, sono circoscritti: tre sono i punti di predilezione: cieco, flessura sigmoidea e sfintere rettale. Lo spasmo di quest'ultimo si rivela con un tenesmo penoso: esso però di regola è secondario ad un processo morboso localizzato al retto (ragadi anali, emorroidi, proctite e sigmoidite, carcinoma); esiste però una neurosi che si manifesta con uno spasmo dello sfintere (nevralgia rettale) senza lesioni locali evidenti.

Le contrazioni spastiche di alcune parti dell'intestino crasso provocano talora dei ristagni di gas costituendo così il quadro morboso ancora tanto discusso della *colica flatulenta*, costituita da attacchi dolorosi che cessano coll'emissione di gas.

dall'ano: in tali casi si accompagna spesso tale grado di meteorismo da far pensare ad un ileo.

Attacchi dolorosi violenti si osservano anche nella *colica mucosa*, che è pure una neurosi motoria del crasso, che è caratterizzata dall'emissione di grandi quantità di membrane mucose che si ripete a periodi in seguito a forti attacchi dolorosi.

Nelle *stenosi organiche* intestinali al disopra dell'ostacolo si produce una contrazione spastica, che spesso rappresenta un impedimento più serio della stenosi stessa.

Un'altra affezione causa di dolori colici violenti è rappresentata dall'*angina abdominis* che si può diagnosticare con sicurezza solo quando si è in presenza di individui fortemente arteriosclerotici: anche la concomitanza di un'*angina pectoris* dà alla diagnosi discreto valore. I sintomi più importanti sono rappresentati dalla breve durata dei dolori, dalla loro completa indipendenza dai pasti, e dall'insorgenza dopo uno sforzo fisico. Anche l'influenza benefica della diuretina (5-6 gr. *pro die*) e dei preparati di iodio parla in favore di una tale forma morbosa.

Non tutti gli attacchi dolorosi che vengono localizzati all'intestino dipendono da affezioni di questo; ma, oltre che con affezioni pancreatiche e biliari essi possono essere in rapporto con una *calcolosi renale*. L'attacco di colica renale però per lo più può diagnosticarsi per la direzione del dolore in basso verso la vescica: questa irradiazione è più costante nei calcoli ureterali che in quelli che risiedono nel bacinetto: l'esame del sedimento urinario ci aiuterà spesso nei casi dubbi.

Anche la *pionefrosi* è causa di attacchi dolorosi, che possono simulare la colica intestinale ed anzi in certi casi si ha un vero quadro dell'occlusione intestinale forse per compressione della sacca sull'intestino. In tali casi, oltre a un accurato esame delle urine, può giovarci il cateterismo degli ureteri; però molte volte la diagnosi si fa solo al tavolo operatorio.

La *nefroptosi* può essere talora la causa di tali attacchi dolorosi in conseguenza di un'idronefrosi acuta, che insorge per inginocchiamento dell'uretere o per torsione dell'ilo renale. Fortunatamente queste complicazioni della nefroptosi cessano spontaneamente in poche ore o dopo qualche giorno. Quando si abbia un tale sospetto basta una palpazione addominale accurata per rischiarare la diagnosi.

Tra le affezioni dell'apparecchio genitale femminile che dànno attacchi dolorosi, che possono essere confusi coi dolori di origine intestinale, menzionerò specialmente la *dismenorrea* o le *affezioni infiammatorie degli annessi* che talora hanno simulato anche un'appendicite; quindi in ogni caso di appendicite è indispensabile un esame ginecologico accurato.

Per quel che si riferisce alla *terapia* degli attacchi dolorosi gastrici e intestinali mi contenterò di accennare solo i concetti fondamentali, Un assioma terapeutico importante è la necessità d'istituire quando è possibile una cura causale: solo quando non si riesce a mettere in rilievo la causa dell'attacco doloroso è necessario ricorrere ad una terapia sintomatica. Il migliore rimedio contro il dolore è costituito dalle compresse calde umide o secche e da tutti gli apparecchi destinati a tale scopo che la moderna fisioterapia ha messo in onore.

Solo in qualche raro caso, dove sembra esistere quasi un'idiosincrasia, si vede che agiscono meglio le compresse fredde, la vescica di ghiaccio, ecc., che non le applicazioni calde.

In tutti i casi è indicato un purgante energico; nei casi urgenti si può ricorrere ai clisteri. Contro il pilorospamo, da qualunque ragione dipenda, io ho trovato utilissima la cura di olio, che consiste nel somministrare tre volte al giorno un quarto d'ora prima dei pasti da 1 a 3 cucchiai di olio di olivo di prima qualità, a cui si può aggiungere da uno a due tuorli d'uovo e 20-30 gr. di essenza di menta, per correggerne il disgustoso sapore.

Negli spasmi intestinali è anche indicato l'uso sistematico dell'olio in forma di clisteri caldi (100-200 gr. di olio di sesamo o di rapa) tenendo il paziente nella posizione laterale destra ed a bacino rialzato: la pressione deve essere bassa in modo, che l'olio ristagni per una notte nell'intestino.

La cura dietetica dipende essenzialmente dalla natura della malattia. In accordo al principio generale del *nihil nocere*, è opportuno somministrare una dieta liquida o semiliquida, ovvero sottoporre il paziente ad un digiuno assoluto.

In molti casi bevendo acqua tiepida si ha una subitanea cessazione dei dolori: ed a ciò è dovuto forse una parte dei buoni risultati che si ottengono negli stabilimenti idroterapici.

Nello stesso senso agiscono talora i clisteri freddi di acqua di Karlsbad.

Come cura medicamentosa un rimedio ottimo è rappresentato dalla belladonna, sia somministrata *per os* che in forma di suppositori. Nei casi di dolori violenti si può ricorrere pure alla morfina: l'oppio è meno indicato perchè provoca stipsi.

P. ALESSANDRINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società italiana di Dermatologia e Sifilografia.

L'adunanza annuale di questa fiorente Associazione ha avuto luogo in Roma nei giorni 17 e 18 dicembre, con numeroso concorso di soci convenuti da ogni parte d'Italia, sotto la presidenza del prof. **Ducrey**, direttore della Clinica dermosifilopatica di Genova, assistito dai vice-presidenti prof. **Fiocco** (Venezia) e prof. **Mantegazza**, titolare di clinica dermosifilopatica a Pavia, e dal segretario generale prof. **Carruccio** di Roma.

Fra i molti intervenuti ricordiamo i soci **Campana, Carnevali, Ciarrocchi, Esdra, Galimberti, Garibaldi, Lanzi, Liberati, V. Montesano, Pecori, Silvestri, Terzaghi** (Roma), **T. De Amicis, M. De Amicis, Verrotti** (Napoli), **Barduzzi, Simonelli** (Siena), **Ciuffo, Mariani** (Pavia), **Vignolo-Lutati** (Torino), **Ercoli, Lombardo** (Pisa), **Majocchi, Cappellini, Della Favera, Pini** (Bologna), **A. De Amicis** (Genova), **Truffi** (Savona), **Cappelli, Nencioni** (Firenze), **Philippson, Cipolla, Engel** (Palermo), **Bertarelli, Pasini, Ramazzotti** (Milano), **Colombini, Martinotti** (Modena), ecc.

La riunione fu aperta con un applauditissimo discorso di saluto del presidente prof. **Ducrey**, il quale, dopo aver dato comunicazione di alcuni telegrammi pervenuti dai soci **Gravagna** e **Simonelli** che si associavano alle onoranze del professore **De Amicis** e dopo un ascoltatissimo discorso del prof. **Campana**, cedette poi la parola al professor senatore **T. De Amicis** per il resoconto del Comitato organizzatore del Congresso internazionale di Dermatologia e Sifilografia tenutosi a Roma lo scorso aprile. All'illustre scienziato i presenti fecero una imponente ovazione. Seguirono il dott. **Ciarrocchi** che diede relazione di tutto il lavoro compiuto per la preparazione e la buona riuscita del Congresso stesso e il cassiere dott. **Silvestri** che fece il resoconto finanziario.

L'assemblea approvò all'unanimità l'operato della Presidenza e salutò con i più calorosi applausi il benemerito presidente prof. **De Amicis**, il segretario generale dott. **Ciarrocchi** e il cassiere dott. **Silvestri** per la splendida riuscita del Congresso internazionale.

Su proposta del socio **Truffi** fu deliberato con voto unanime che con una parte del residuo attivo del bilancio del Congresso (lire 10,000) fosse istituito un premio nazionale perpetuo in dermatologia (da conferirsi secondo un regolamento da compilarsi in seguito) intitolato al nome del professor **Tommaso De Amicis**.

Con applaudite parole del prof. **Ducrey** e del prof. **Barduzzi** venne poi presentata al professor **T. De Amicis** una ricca ed artistica pergamena, firmata da tutti i componenti la Società, quale omaggio ed attestato di riconoscenza all'illustre dermatologo per l'opera attiva, sapiente ed altamente benemerita spesa nel presiedere il Congresso internazionale di Roma.

Fra le molte e veramente interessanti comunicazioni svoltesi nelle sedute scientifiche e che dettero luogo a lunghe ed animate discussioni, ricordiamo:

Pasini (Milano). *Sulla purpura anularis teleangectodes.* (Discussione, Majocchi, Campana, Philippson).

Pasini. *Della cutis verticis gyrata.* (Discussione: Vignolo-Lutati).

Simonelli (Siena). *Ricerche sperimentali sulla resistenza dei globuli rossi dopo le iniezioni endovenose di arsenobenzolo.*

Simonelli. *A proposito della così detta botriomicosi umana.*

Lombardo (Pisa). *Pseudo-milium colloide.*

Lombardo. *Singolari formazioni di elastina nelle cellule giganti in un caso di Lepra.*

Della Favera (Bologna). *Eritema indurato atipico con reperto positivo di bacilli di Koch.* (Discussione: Philippson).

Verrotti (Napoli). *Risultato di altre inoculazioni di leproma praticate negli animali.* (Discussione: Campana).

Verrotti. *Un caso di micosi fungoide.* (Discussione: Campana).

Verrotti. *Un nuovo caso di Boubas brasiliano (Malattia del Breda).*

Engel (Palermo). *L'importanza della patogenesi per la terapia del lupus.*

Vignolo-Lutati (Torino) *Hypercheratosis striata et follicularis di Hebra.*

A. De Amicis (Genova). *Syphilis erithematosa nigricans.*

Truffi (Savona). *Follicolite atrofizzante.*

Ciuffo (Pavia). *Nuove ricerche sulla tubercolosi cutanea sperimentale.*

Moriani (Pavia). *Leucemidi, linfogranulamatosi e micosi fungoide.*

Moriani. *Endeteliomi, sarcomi e nevo-carcinomi cutanei.*

Moriani. *Su otto casi di psoriasi curati col* « 606 ».

Moriàni. *Su alcuni casi di reinfezione sifilitica.*

Ciuffo ed **Ossola** (Pavia). *Le malattie cutanee nelle scuole comunali di Pavia.*

Altre comunicazioni presentate furono quelle dei soci **V. Montesano** sulla legge di Colles; **Carruccio** e **Montesano** sulla pseudo-area del Brocq; dell'**Ercoli** sulla disposizione del tessuto elastico del pene, ecc. Di tutte daremo un ampio riassunto, non appena pubblicati gli atti del Con-

gresso, chiedendo venia ai nostri egregi colleghi se qualcuna delle loro comunicazioni ci fosse sfuggita, in questo sommario resoconto.

I temi generali stabiliti per il Congresso del 1913 sono: I. Gli arsenobenzoli nella terapia della sifilide. II. La prova del Wassermann come criterio clinico per la guarigione della sifilide.

Esaurito l'ordine del giorno il chiarissimo presidente prof. **Ducrey** pronunziò un elevato discorso di chiusura e di saluto a cui fece eco l'unanime applauso dei presenti, applauso rivolto anche ai benemeriti vice-presidenti ed all'instancabile segretario generale prof. **Carruccio** per la ottima riuscita di questo importante convegno scientifico.

VINCENZO MONTESANO.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza del 26 luglio 1912.

Presidenza: prof. V. **Patella**, vice-presidente.

D. Ottolenghi. *Ulteriori osservazioni sulla peste aviaria.*

D. Ottolenghi. *Sull'esame batteriologico delle carni da macello.*

D. Ottolenghi (in collaborazione col dott. **Gardella**) *Sulla teoria della disinfezione.*

Porta. (Nota preventiva). *Sintesi vasale con processo personale.* — L'O. comunica ed illustra con proiezioni un processo personale di sintesi vasale a lembi. Sui monconi del vaso da suturare circolarmente, mediante quattro incisioni verticali rispondenti fra di loro, vengono scolpiti quattro lembetti alti qualche millimetro. Un'ansa di filo passata nel mezzo della loro base ed annodata ai lati li affronta e li riunisce: se dagli angoli geme qualche goccia di sangue, un punto di sutura nodosa e interessante le sole tuniche esterne è sufficiente allo scopo.

La facilità della tecnica, il niun maltrattamento dell'endotelio che viene perfettamente affrontato, a scarsità dei fili nell'interno del lume vasale che conserva la sua ampiezza normale, raccomandano il metodo, come l'O. si è convinto nelle ricerche sperimentali e nella applicazione clinica.

Negli innesti artero-venosi poi esso diminuisce come di recente ha constatato in una rovente operazione di Wieting per endo-arterite obliterante, le difficoltà che si incontrano talvolta nella sutura in causa delle diversità di spessore e spesso di calibro dei due vasi.

L'O. si riserva di comunicare in una delle prossime sedute i risultati a distanza del metodo.

Gironi. *Voluminoso rinofima prevalentemente ghiandolare guarito in pochi giorni colla plastica italiana.* (Proiezione di preparati istologici e presentazione dell'osservato). — L'O. presentando l'ammalato già operato e guarito, fa notare che l'osservazione è notevole e per il tumore che impediva l'introduzione degli alimenti, il quale asportato pesava gm. 300 e sopratutto per la particolare struttura istologica. Proiettando diverse sezioni del tumore dimostra come pur rilevandosi nelle linee generali le alterazioni del rinofima, il caso in esame è caratterizzato dall'assenza di neoformazione connettivale e dalla prevalente neoformazione ghiandolare sebacea in mezzo alla quale si mostrano vari vasi ed infiltrazione linfocitaria.

V. MARTINI.

Accademia di scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del novembre 1912.

Tenani. *Contributo chirurgico alla nefropessia lombare.* — L' O. ha sperimentato prima su una serie di animali, indi in un caso di rene mobile in una donna malata da oltre dieci anni con dolori lombari e addominali violenti al punto da simulare talvolta attacchi d'appendicite, un processo operatorio di nefropessia da lui ideato.

Il processo consta di tre tempi:

Primo tempo. Incisione della cute col taglio classico di Simon, per la nefrectomia;

liberazione del rene da tutta la sua capsula adiposa che viene asportata;

estroflessione del rene dalla breccia lombare.

Secondo tempo. Preparazione di un fascio muscolare del muscolo « quadratus lumborum » che viene dislocato dalla sua inserzione iliaca, lasciando integra la superiore. Preparazione di un occhiello nella capsula fibrosa del rene, interessante anche una parte superficiale di tessuto parenchimale.

Terzo tempo. Soffregamento della superficie posteriore del rene e della loggia renale con soluzione di cloruro di zinco al 6 %, passaggio del fascetto muscolare sotto l'occhiello; denudamento della 12ª costola; sutura del fascio muscolare lungo la costola, chiusura dei piani muscolari e della cute.

La fissità del rene è constatata anche dopo 6 mesi dall'atto operatorio. Tale metodo di nefropessia è tutto inspirato alle esigenze della chirurgia volute dalle gravi lesioni che insorgono nel rene qualora nella nefropessia si ricorra o alla sospensione mediante passaggio dei fili nel parenchima renale, oppure quando si ricorra al decapsulamento.

Tenani. *Sopra un caso di edema angioneurotico di Quincke in rapporto con la malaria.* — L'O. ha osservato in una donna un edema di Quincke tipico, che compariva nel ginocchio in perfetta corrispondenza degli accessi febbrili malarici.

L'O. discute sulla patogenesi della forma morbosa e conclude per un disordine vasomotorio locale.

Prampolini. *Ematometra ed ematosalpinge sinistra consecutiva ad atresia vaginale totale infiammatoria.* — L'O. riferisce sopra un caso di ematosalpinge sinistra ed ematometra da atresia totale della vagina in una ragazza di 14 anni. L'alterazione genitale esterna non era stata avvertita, il che ostacolò da principio l'esatta diagnosi.

Dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo dei genitali interni ed esterni, giudicò trattarsi di atresia acquisita di origine infiammatoria e non congenita. Coll'apertura di un canale vaginale per sdoppiamento del setto interuretro-rettale l'O. ottenne fuoriuscita del sangue mestruo e scomparsa dell'ematometra ed ematosalpinge: praticò poi un'autoplastica con lembi presi dalle piccole labbra, riuscendo però a tappezzare soltanto la metà inferiore della vagina.

Dopo l'intervento si sono avuti periodi mestruali normali, ma persiste grande tendenza alla stenosi combattuta colla dilatazione continuata.

Se non dovesse mantenersi pervio il canale vaginale così rifatto, si propone d'intervenire di nuovo; esamina perciò e discute i vari metodi proposti.

Prampolini. *Intervento chirurgico nella malattia da Basedow con particolare accenno alla narcosi.* — Esposte le principali teorie sulla eziologia del morbo di Fl.-Basedow, da ciascuna delle quali deriva uno speciale indirizzo terapeutico, l'O. afferma l'opportunità (seguendo i concetti generalmente ora seguiti) della cura chirurgica quando sieno riuscite vane le cure mediche tentate.

Riporta quindi un caso di una donna malata da 9 anni nella quale egli intervenne colla emitiroidectomia destra, ottenendo notevole miglioramento, soggettivo ed obbiettivo, confermato anche dalla formula leucocitaria ritornata normale dopo l'intervento. Essendo da tutti gli autori controindicata nei basedowiani l'anestesia generale, e non avendo potuto usare quella locale per opposizione della paziente, egli applicò la eteronarcosi rettale con ottimo risultato, trovandola assai raccomandabile in tal genere d'interventi.

G. BOSCHI.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 2 dicembre 1912.

Galeazzi. *Contributo alla cura chirurgica delle anchilosi gravi del ginocchio.* — L'O., dopo aver messo in rilievo l'importanza della questione riguardante il trattamento delle deformità secondarie alla resezione del ginocchio nell'età giovanile, stabilisce a quali condizioni deve rispondere tale trattamento per essere razionale e dimostra che ad esso male rispondono i metodi finora proposti.

Egli chiarisce quindi i concetti che lo portarono al suo metodo di osteotomia curvilinea paraarticolare, di cui descrive la tecnica ed illustra i buoni risultati ottenuti, con proiezioni di fotografie e radiografie di alcuni dei casi da lui operati con tale metodo.

Ravenna. *Eterotopia epatica con caratteri atipici di struttura.* — In un giovane suino aderiva al fegato, ma dal fegato era completamente separata, per mezzo di una robusta capsula fibrosa, una formazione anormale molto voluminosa foggiata come un ovoide.

All'esame istologico tale formazione mostrò risultare di lobuli rassomiglianti per forma e dimensioni agli acini epatici: le cellule erano pure rassomiglianti alle epatiche, ma non disposte in trabecole raggiate a partire da un vaso centrolobulare; ma bensì in brevissime filiere presto tra loro anastomizzantisi, in modo da delimitare tante piccole areole.

L'O. ritiene si tratti di tessuto epatico non completamente evoluto, originato da un germe di fegato incluso durante lo sviluppo nello spessore del legamento falciforme.

Boveri. *Contributo allo studio della siringomielia.* — L'O. riferisce un caso importante di siringomielia, sviluppatasi in un uomo di 34 anni a seguito di una compressione del bulbo, da un tumore osseo dell'apofisi basilare dell'occipitale. Espone quindi il risultato di alcune ricerche sperimentali su cani in cui, determinando una compressione lenta e progressiva del midollo, ha osservato la possibilità di riprodurre una mielomalacia e consecutiva cavità spinale avente la sede ed i caratteri delle cavità siringomielitiche. Crede che i suoi esperimenti possano fino ad un certo punto illuminare la patogenesi di alcune forme di siringomielia nelle quali molto verosimilmente sono da invocare modificazioni profonde della circolazione.

C.-B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Dermatite, polmonite e nefrite da idiosincrasia per mercurio.

Parmi interessante un caso occorsomi, il quale fu nelle sue particolarità verificato dal chiarissimo prof. Memmi, direttore dello spedale di Grosseto, al quale rendo grazie per l'autorevole consiglio.

O... F..., di anni 54, sano e vigoroso, gode di una certa agiatezza, non ebbe malattie e nulla presenta nel gentilizio: avendo subìto l'asportazione di un lipoma, impiantato sulla regione posteriore e mediana del collo, per un semplice lavacro con soluzione di bicloruro di Hg all'1 °/₀₀ ebbe eritema che guarì in breve. Ultimamente aveva contratto pediculosi al pube e volendo scacciare gli ospiti molesti, da un compiacente farmacista comprava della pomata mercuriale e si faceva un'unzione al pube e alle ascelle.

Il giorno dopo la cute arrossava e bruciava e visto che mano mano il rossore cresceva ricorse alle mie cure: alla ispezione trovai eritema diffuso a quasi tutto il corpo, vescicole disseminate a contenuto chiaro, e febbre, giudicai il tutto dipendente da idiosincrasia da Hg, e prescrissi impacchi caldi e un purgativo.

Malgrado queste applicazioni le cose peggiorarono, le vescicole divennero flictene, indi si ruppero fuoruscendone abbondante siero sanguinolento, l'eritema si estese, l'epidermide si distaccò a grossi lembi, lasciando scoverto il derma e tumefatto, la febbre rialzò, il dolore cocente si fece insopportabile. Nè qui si fermò il quadro fenomenico, ma sopraggiunse tosse secca, molesta, ipofonesi al torace posteriore di sinistra, soffio bronchiale e si stabilì un processo pneumonico lobare con escreato caratteristico. In pari tempo l'urina diminuì, si fece sedimentosa, comparve edemazia agli arti inferiori, si notò albuminuria, unendosi alla polmonite la complicanza renale. Sopravvenne delirio, ambascia, febbre altissima e mentre la dermatite ebbe decorso lento per l'estensione e per riparare le perdite di epidermide dovute a rottura delle flictene, la polmonite per quanto grave, percorse gli stadi della crupale, a cui susseguì abbondante urinazione, scomparsa di albumina.

Cura. — Per la dermatite usai grandi impacchi caldi di HO^2, sterilizzata e topici, per la polmonite digitale ad alta dose al duplice intento di sostenere il cuore ed eccitare la funzionalità renale, dieta lattea ed igiene rigorosa, e con tale sussidio terapeutico ebbi miglioria e quindi guarigione. Quale l'etiologia e la patogenia? Indubbiamente il fattore etiologico della dermatite simile ad estesa eresipela flictenulare si dovette ad idiosincrasia da Hg, accertata anche dall'anamnesi.

Non mi pare si possano spiegare polmonite e nefrite con un avvelenamento acuto da Hg perchè mancò ogni segno di stomatite: ritengo la polmonite spiegabile con un *locus minoris resistentiae* che fece sviluppare o rese attivi gli agenti specifici del processo pneumonico e la nefrite sia dovuta ad intossicazione del sangue, minorato per la perdita di siero dalle flictene del suo potere difensivo in modo da risentirne il filtro renale.

Questa la spiegazione, che a me, modesto pratico, apparisce più logica; comunque sia, lascio agli intelligenti libero il campo di spiegare più scientificamente la patogenia del caso esposto, che credetti non indegno dell'interesse dei cultori delle mediche discipline.

Dott. ARTURO CANTIERI.

Porto S. Stefano
dicembre 1912.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo della diuresi provocata dal calomelano.

Se nota è l'azione diuretica del calomelano, molto dibattuta è invece la questione del meccanismo della diuresi.

Fleckseder (*Arch. f. experim. Path. und Pharmac.*, LXVII, 6, 1912) ha istituito delle esperienze nei conigli, per risolvere la questione. Egli introduce nello stomaco dei conigli, dosi di 0.05-0.20 cgm. di calomelano e riesce a provocare una diuresi più abbondante dell'ordinario di sei o sette volte. Analoghi risultati riesce a provocare con altri sali mercuriali (l'ossido ammonio-mercurico, il tiosolfato doppio di mercurio), mentre inefficace si dimostra il mercurio in soluzione colloidale: sono dunque i joni mercurici e mercurosi che agiscono per la diuresi. Il calomelano provoca diuresi più o meno rapidamente a seconda della via di somministrazione: rapida per via sottocutanea, tardiva se si utilizza la via gastro-intestinale.

Durante il periodo della diuresi le ricerche sul sangue hanno dimostrato all'A. una diluizione maggiore di esso, una *idremia*, un fatto opposto cioè agli effetti che producono altri medicamenti quali la caffeina (concentrazione del sangue).

L'A. ha ricercato il comportamento del liquido intestinale per spiegare il transitorio stato idremico: durante la somministrazione del calomelano egli ha notato una diminuzione del riassorbimento nell'intestino tenue, l'accelerazione della peristalsi che più rapidamente spinge il contenuto verso il grosso intestino; d'altra parte egli ha notato che somministrando il calomelano e praticando una fistola nell'ultima parte dell'ileo in modo di derivare al di fuori il contenuto intestinale, non si produce nè idremia nè diuresi: l'A. conclude che il riassorbimento dell' acqua nell'intestino grosso è la condizione necessaria per l'idremia e per la diuresi.

Le esperienze condotte dall'A. per vedere se una qualsiasi azione è spiegata dal mercurio direttamente sul rene hanno avuto risultato negativo: mentre l'intestino contiene ancora mercurio, le urine esaminate durante la diuresi non ne contengono traccia: la secrezione dei cloruri che è aumentata dai diuretici renali, non subisce mutamenti manifesti in seguito alla somministrazione del calomelano. L'atropina, paralizzando la peristalsi, sopprime la diuresi da calomelano, così pure l'oppio. Le dosi alte di mercurio provocano infiammazione dell'intestino, del rene e sopprimono la poliuria, talora dànno anuria.

Trasportata la questione sull'uomo in favore dell'interpretazione che l'A. dà della diuresi si trovano i seguenti fatti clinici: il calomelano è spesso efficace nell'idropisia cardiaca, non agisce nei casi d'origine epatica, la stasi portale impedisce la produzione d'idremia; se con un'operazione alla Talma si stabilisce una circolazione collaterale attorno al fegato, allora il calomelano può provocare diuresi, così in un caso citato dall'A. *t. p.*

Nota. — Le belle esperienze dell'A., se portano un nuovo elemento in discussione sulla origine della diuresi da mercurio, elemento che maggiormente la differenzi da quella ad es. da caffeina, non pare a noi si possano interpetrare come all'A. piace di fare.

La teoria intestinale mal si accorda a spiegare il meccanismo della pronta diuresi, provocata dal calomelano *per iniezione*; nè basta, anche nella costruzione della teoria stessa, non si comprende come la stessa quantità d'acqua, se assorbita dal tenue non dà idremia, se assorbita dal grosso intestino provoca idremia. È facile ci parrebbe la critica e la ritorsione degli argomenti a proposito degli elementi che favoriscono o si oppongono alla diuresi da calomelano: diciamo solo che il non aver trovato traccia di Hg nelle urine, non vuol dire che il mercurio non abbia agito sul rene: a noi pare che un solo dato, controllabile ancora, sia da prendere come dato di ottima differenziazione con altre diuresi, la idremia: se essa sarà dimostrata in avvenire, un elemento nuovo conosceremo che aumenta funzione renale ed impedisce in parte il danno del metallo sull'epitelio renale. *t. p.*

CASUISTICA.

Diagnosi delle forme larvate di epilessia alcoolica e delle crisi psico-motorie dell'ebbrezza patologica. Sua importanza medico-legale.

Se ne occupa il prof. M. Henri Claude, in una comunicazione fatta al Congresso della Lega internazionale contro l'epilessia (Zurigo, 6-7 settembre 1912).

L'autore rileva come l'alcool da solo non sia sufficiente a produrre manifestazioni epilettiche: basterebbe a dimostrar ciò il fatto che è abbastanza rara l'epilessia alcoolica, mentre assai frequente — specialmente in alcuni paesi — è l'abuso dell'alcool. Nella maggior parte dei casi l'alcool non è che la causa efficiente che rende palese una disposizione epilettica allo stato latente. Talora l'alcool agisce come causa degli accessi epilettici unitamente con altri fattori intossicanti: si pensi a questo riguardo alle crisi di epilessia che si manifestano in bevitori polmonitici, sifilitici o albuminurici. La diagnosi delle forme di epilessia alcoolica è importante in quanto i malati che ne sono affetti guariscono con l'astensione completa dal tossico, in contrapposto alla epilessia essenziale, la quale — come è noto — è inguaribile.

Quanto alle forme di epilessia alcoolica, che clinicamente sono riportabili alle grandi crisi di epilessia essenziale (gran male), esistono forme larvate di epilessia alcoolica che ricordano gli equivalenti psichici dell'epilessia essenziale. Dal punto di vista medico-legale hanno grande importanza alcune manifestazioni delittuose (esibizionismo, oltraggi al pudore, ecc.) che si riscontrano in individui abitualmente alcoolisti In questi casi — riandando con indagine accurata ai precedenti dell'individuo — talora si riscontra qualche altra manifestazione epilettica, tal'altra questa indagine riesce infruttuosa, ed allora la natura dell'azione delittuosa è più difficilmente stabilita. Bisogna però tener presente in tali evenienze che il delitto-manifestazione di epilessia alcoolica è compiuto da alcoolisti inveterati che prima del crimine avevano ecceduto nel tossico, o si erano esposti a fatiche straordinarie, od erano in stato di grave preoccupazione morale. Inoltre l'atto è compiuto apertamente, senza dissimulazione; spesso è in contrasto assoluto con le abitudini e le inclinazioni del soggetto; è brusco, rapido, eseguito con mezzi semplici, mostra la mancanza del ragionamento, non ne resta alcun ricordo.

Accanto a queste forme vanno ricordate le manifestazioni dell'ebbrezza patologica, che furono ben studiate e raccolte da Pilcz. Si tratta di alcoolisti di vecchia data, con larga tara ereditaria, o presentanti degli antecedenti morbosi (traumi cerebrali, malattie cerebrali nell'infanzia, ecc.). Sotto l'influenza di libazioni eccessive, o dopo gravi fatiche fisiche o mentali, compiono un delitto od un atto di grave brutalità (furto, esibizionismo, uccisioni). Generalmente dopo il delitto o avviene la fuga, o la sovraeccitazione dell'individuo aumenta fino a manifestazioni motorie imponenti. In genere cadono dopo in torpore o addirittura in un sonno profondo. Queste manifestazioni dell'ebbrezza patologica sono importantissime dal punto di vista medico-legale, in quanto dànno luogo a contestazioni non indifferenti: spesso infatti i testimoni affermano che mancavano nell'individuo le volgari manifestazioni dell'ubriachezza (barcollamento, favella caratteristica). La diagnosi in questi casi, oltre che da considerazioni morali (precedenti, abitudini, inclinazioni, sincerità dell'imputato), si basa sopra la brutalità della manifestazione, che inoltre è automatica, impulsiva, seguita da torpore cerebrale ed amnesia.

Queste crisi psicomotorie incipienti e accompagnate da amnesia sono assai affini alle manifestazioni epilettiche (equivalenti psichici), ma noi non possiamo identificarle con esse, mancando la esatta conoscenza dei fattori patogenetici della epilessia essenziale.

SAB.

Afasia motrice transitoria d'origine sifilitica.

P. Bernheim (*Arch. de neurologie*, settembre 1912) riporta la storia di un malato che improvvisamente presentò afasia motoria completa, ed epilessia jacksoniana, sindrome che rapidamente scomparve dopo l'uso di un preparato mercuriale.

Il paziente, chauffeur, era un sifilitico di antica data, dell'età di 35 anni. Racconta un suo compagno di lavoro che il paziente era in perfette condizioni di salute la sera prima dell'accidente. Svegliatosi verso le otto del mattino, sentì il suo compagno russare e s'accorse che aveva la bocca circondata da schiuma. Provò a scuoterlo, ma non riuscì sulle prime a svegliarlo. Ripresa la coscienza il paziente non poteva parlare, provò a scrivere; ma non riuscì a tracciare che qualche scarabocchio indecifrabile.

L'esame obbiettivo oltre all'afasia motrice completa e all'agrafia, non dimostra segni di paralisi delle membra nè del faciale. Durante l'esame insorse un attacco di epilessia jacksoniana limitato alla parte inferiore sinistra della faccia, senza partecipazione dei muscoli delle membra.

Fu praticata un'iniezione di 3 centigrammi di bijoduro di mercurio: l'indomani il paziente aveva riacquistato l'uso della parola, le crisi convulsive erano scomparse.

Nessuna causa al di fuori della sifilide può essere indicata per spiegare la sindrome fugace di afasia motrice con agrafia ed epilessia jacksoniana nel dominio del faciale inferiore sinistro, il malato non era nè cardiaco, nè arteriosclerotico; la epilessia jacksoniana poi deponeva per una malattia organica e faceva escludere l'ipotesi d'una semplice neurosi. La localizzazione dell'epilessia nel dominio del faciale inferiore e l'afasia contemporanea permettevano di localizzare la lesione nella regione del terzo inferiore della circonvoluzione frontale ascendente e alla regione vicina forse al piede della 2ª e 3ª circonvoluzione frontale, di cui le lesioni dànno rispettivamente agrafia ed afasia.

t. p.

TERAPIA.

Il bicarbonato di soda nelle gastropatie.

Non si deve prescrivere in dosi maggiori di 4-6 gm. al giorno. Con dosi maggiori si accumula nell'organismo un eccesso di cloruro di sodio che si trasforma a sua volta in acido cloridrico. Ora è appunto per combattere l'ipercloridria che il bicarbonato di soda si somministra.

Clinicamente le gastralgie sono per lo più il segno di un anormale svuotamento dello stomaco per insufficienza secretoria o motrice o per spasmo riflesso del piloro.

In tutti questi casi il bicarbonato può essere utile a condizione di considerarlo come un regolatore della digestione gastrica e non come un medicamento conri sultato immediato e passeggiero. Si ricorrerà quindi alle dosi frazionate durante la digestione, variando la dose a seconda dello stato di motilità e secrezione gastrica. La migliore formula è secondo Binet la seguente:

Bicarbonato di soda chimicamente puro . .	gm. 0.80
Magnesia calcinata . .	» 0.20
Polvere di foglie di belladonna	» 0.01

In caso di ipopepsia si somministreranno una o due di queste polveri mezz'ora prima del pasto ed altrettanto dopo. In caso di spasmo pilorico la somministrazione si farà durante tutto il periodo della digestione a cominciare dalla prima

ora e ripetendo le dosi ogni ora e mezza. Appunto nei casi di spasmo pilorico il bicarbonato dà risultati migliori. Bisogna scaldare a 37° l'acqua col bicarbonato per ridurre al *minimum* l'irritabilità della mucosa.

(*Progrès Méd.*, 27 aprile, 1912).

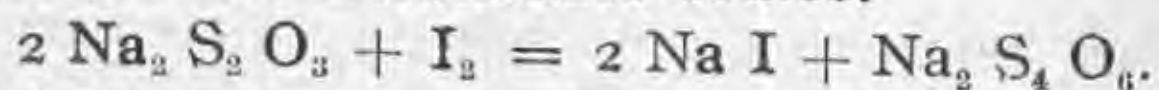
P. A.

Il iodio come antisettico e l'iposolfito di sodio come antidoto al iodio.

Il iodio, il cui uso oggidì si è tanto diffuso, nel mentre è un antisettico energico, che per le sue proprietà fisiche e chimiche serve ottimamente a dare una disinfezione pronta, sicura e profonda dei tessuti in genere ed in particolar modo della pelle, è pure un ossidante indiretto potente, un veleno universale per tutti i protoplasmi, il quale se distrugge i germi della cute, produce contemporaneamente fatti irritativi, che sono di danno per il processo cicatriziale, che dovrà compiersi dopo l' atto operativo. Arrogi a questo l' odore irritante del iodio, la macchia che determina sulla pelle, un abbondante assorbimento del medicinale da parte del paziente a cui conseguano inopportuni e spiacevoli fatti di iodismo. Sarebbe perciò desiderabile disinfettare con una soluzione alcoolica di iodio la parte da operare e trascorsi 5-10 minuti, ossia il tempo che si reputa necessario ad ottenere la disinfezione allontanare l' eccesso di iodio, la cui presenza non può che riuscire dannosa al paziente.

Il Sabbatani a tale scopo propone una soluzione di iposolfito di sodio, che è un sale bene cristallizzato, facilmente solubile nell' acqua, perfettamente neutro, non volatile, non irritante, non tossico, che può essere adoperato sicuramente sia sulla cute, che sulle mucose anche in forti dosi ed in soluzioni concentrate senza il più piccolo pericolo o danno del soggetto.

L'iposolfito sodico reagendo sul iodio libero, lo trasforma in ioduro di sodio e dà come prodotto secondario del tetrationato sodico.

$$2\,Na_2S_2O_3 + I_2 = 2\,NaI + Na_2S_4O_6.$$

Se è bene adoperare delle soluzioni non troppo diluite, d'altro canto è inutile usare delle soluzioni troppo concentrate. La soluzione al 5 % pare la più indicata, perchè mentre corrisponde ad una concentrazione media, dà una pronta ed intensa decolorazione e perchè la sua concentrazione molecolare è molto vicina a quella della soluzione fisiologica, non può riuscire affatto innocua ai tessuti neppure fisicamente. Essa può quindi essere adoperata non solo sulla pelle intatta, ma anche sulle ferite, sulle piaghe o sulle mucose che si vogliono disinfettare col iodio.

La soluzione è bene sia tiepida perchè a caldo agisce molto più prontamente, l' *optimum* della temperatura è a 40° C.

Adunque l'A. per disinfettare la pelle e prevenire nel tempo istesso gl' inconvenienti che dal iodio si derivano, propone di applicare dapprima col pennello abbondantemente la soluzione alcoolica di iodio, di ricoprire subito dopo la parte con una falda di cotone idrofilo sterilizzato e dopo 5-10 minuti di versare sul cotone una soluzione tepida sterilizzata all'autoclave di iposolfito di sodio al 5 % inzuppandolo ed anche comprimendolo leggermente. Dopo due minuti si allontana il cotone, la cute è disinfettata, il iodio eccedente è scomparso, la cute è decolorata e se resta leggermente bagnata dalla soluzione di iposolfito, ciò non porta alcun nocumento (*La Gazz. degli Osp. e delle Cliniche*, 1912, n. 53).

TR.

Pericoli delle iniezioni saline.

La pratica di iniettare soluzioni di NaCl calde nelle vene o sottocute si è molto diffusa. In realtà essa si è addimostrata molto utile nella cura del colera e delle emorragie gravi o come profilattico della *shock* operatorio, inoltre tali soluzioni si sono addimostrate un ottimo veicolo del salvarsan e di certi anestetici. Ma da molti si crede a torto che l'introduzione di grandi quantità di soluzioni saline sia scevra di ogni pericolo ed in base a quest'opinione non si tiene conto con precisione del rapporto fra le quantità di soluzione iniettata ed il peso del corpo del malato e neppure del tasso di essa.

Hort e Penfold hanno dedicato a quest' argomento delle lunghe ricerche (*Brit. Med. Journ.*, 16 dicembre 1911).

Essi hanno praticato negli animali un gran numero di iniezioni saline a concentrazione diversa ed anche molte iniezioni di acqua distillata e di altri liquidi ed ecco le conclusioni che scaturiscono dal lavoro dei predetti autori:

a) le iniezioni saline, quali vengono usate comunemente, non sono prive di pericoli, specialmente se sono abbondanti;

b) la causa, per cui dell'acqua distillata conservata in vasi sterilizzati ermeticamente chiusi riesce tossica, finora si può spiegare solo per via di ipotesi;

c) la febbre, che segue costantemente o quasi alle iniezioni di quantità piuttosto grandi di soluzioni saline, non si può scongiurare centrifugando, o filtrando o bollendo le soluzioni stesse;

d) il solo metodo attendibile per scongiurare la febbre, che segue alle iniezioni di soluzioni saline,

consiste per ora nell' usare, per preparare la soluzione, esclusivamente dell'acqua, che sia stata distillata in un lambicco sterilizzato di vetro di Iena, praticando l'iniezione subito dopo (*Il Morgagni*, parte II, anno 54°, n. 2).

TR.

IGIENE

Il tifo in Roma.

Ecco una questione di importanza veramente capitale e che quasi giustifica lo scetticismo di coloro che pongono in dubbio i risultati ottenuti con un lavoro così intenso di igienisti e di legislatori e con tanti e tanti danari spesi pel rinnovamento sanitario delle nostre città.

Incominciamo col togliere alla questione, già gravissima per sè stessa, tutto ciò che effettivamente non le appartiene. Continuamente capita ad ognuno di noi di sentir dire da medici e da non medici che il tifo è una malattia dei giorni nostri; che prima non esisteva od almeno che era estremamente rara. La spiegazione di questo modo di pensare è facile trovarla sfogliando le schede dei malati dei nostri ospedali. Per ricerche di altro genere ebbi occasione anni sono di dover fare questo lavoro, improbo perchè non esistevano statistiche, nell'ospedale di Santo Spirito e pel decennio 1888-1897. Ebbene in tutti questi dieci anni di malati di tifo non si trova quasi traccia nel nostro ospedale principale. Si trovano però in numero considerevole malati febbre gastrica, di febbre adinamica, di febbre nervosa, di febbre reumatica e perfino di febbre efimera seguita da morte. Trattavasi naturalmente, nella quasi totalità dei casi, di febbre tifoide alla quale, mancando un criterio diagnostico preciso, venivano dati nomi diversi. Sbarazziamo dunque la questione da accuse immeritate: i casi di febbre tifoide, che purtroppo esistono ora numerosissimi, sono sempre esistiti nella nostra città ed in proporzioni che non possiamo dire se minori o maggiori.

Quanti sono i casi di tale malattia verificatisi in Roma? Ecco le cifre dell'ultimo triennio:

	Casi	Morti
Anno 1910	1184	147
» 1911	1068	109
» 1912 (a tutto ottobre)	1029	89

I casi sono realmente troppi, cioè circa 6 volte tanti quanti se ne verificano in altre città.

Quali sono le cause alle quali, con maggiore probabilità, possiamo attribuire questa persistente epidemia di tifo? Che cosa si potrebbe fare per eliminarle?

È oramai cosa nota che il tifo, come quasi tutte le malattie infettive, non ha un veicolo unico di diffusione; le bevande e gli alimenti, il contatto, gli insetti, il pulviscolo atmosferico, tutto contribuisce alla sua diffusione. Difficile quindi è la profilassi di questa malattia e di tanto maggiore interesse per l'igienista e per chiunque si occupi di questioni sanitarie. Molto da noi si è fatto per evitare il diffondersi della malattia per mezzo dell'acqua ed è forse principalmente a ciò che noi dobbiamo di essere riusciti in questi ultimi anni ad impedire vere epidemie di colera. Nulla però si è fatto per evitare la diffusione per gli altri veicoli. Un insegnamento di importanza capitale ci è stato dato dal modo di insorgere dei casi di colera nell'ultima epidemia verificatasi in Roma nel 1911.

La provenienza da luoghi infetti, specialmente nei primi casi, fu quasi sempre accertata; molto più di rado però fu possibile scoprire il veicolo pel quale i germi si erano diffusi da individuo a individuo. Studiando però bene l'argomento, a conclusioni molto attendibili mi sembra che si possa giungere; e, prima di tutto, all'esclusione quasi completa del contatto. Tranne, un disinfettore, nessun altro si ammalò per essere stato a contatto di malati o di convalescenti. Anche l'aria ed il pulviscolo atmosferico si possono escludere essendo noto che il vibrione del colera non resiste all'essiccamento e perciò non può sollevarsi vivente nell'aria. Quali veicoli rimangono? Gli insetti e gli alimenti. Per gli insetti, dallo studio della nostra epidemia, non si può dire nulla nè in favore, nè contro: del resto gli insetti agiscono insudiciando gli alimenti e perciò vanno considerati insieme a questi ultimi.

Quali influenze ebbero gli alimenti? Fra i vari malati, ve ne furono tre che facevano i vaccai o che avevano intimi rapporti con una vaccheria. Ebbene tutte tre le vaccherie divennero centro di diffusione del colera e diedero origine ad una ottantina di casi, cioè a circa un terzo di tutti i casi di colera verificatisi nella città. L'influenza quindi degli alimenti si è mostrata pel colera di un'importanza indiscutile e preponderante.

Possiamo dire altrettanto riguardo al tifo? A me sembra che, dal punto di vista dei veicoli di diffusione, le due malattie debbano essere riguardate in modo identico. Una sola eccezione può farsi a proposito del pulviscolo atmosferico che forse pel tifo ha un'influenza non trascurabile. Disgraziatamente l'epidemiologia del tifo è più difficile studiarla perchè, data la lunga incubazione di questa malattia, non sempre i malati ricordano i contatti avuti e le particolarità della vita trascorsa. A ciò bisogna aggiungere che spesso la malattia comincia in modo subdolo sicchè solo a malattia avanzata vengono eseguite le inchieste. Nè è da trascurare il fatto che trat-

tandosi di malattia alla quale siamo abituati, le inchieste stesse vengono eseguite più raramente e con minore interesse.

Per ciò che si riferisce al contatto, le conclusioni, mi sembra debbano essere le stesse che pel colera, cioè che, anche pel tifo, questo veicolo di diffusione ha un'importanza minima. Difatti se noi cerchiamo la storia delle centinaia di casi di questa malattia sviluppatisi in Roma nell'anno corrente, troviamo che solo alcuni rarissimi possono essere addebitati al contatto.

Il mezzo più sicuro. per stabilire l'importanza del contatto noi potremmo averlo seguendo il modo di svolgersi dell'epidemia negli ospedali. I malati di febbre tifoide non sono isolati, nè in padiglioni, nè in corsie apposite ma trovansi mescolati agli altri malati e dispersi in tutto l'ospedale. I contatti che i malati hanno fra loro sono, evidentemente, numerosissimi e perciò, se il fattore « contatto » avesse una anche mediocre influenza, casi nuovi di tifo dovrebbero continuamente insorgere nell'interno stesso degli ospedali. Purtroppo l'accertamento di questo fatto, che sembrerebbe dovesse farsi colla massima facilità consultando le schede dei malati, non è possibile farlo. Il medico, prima che il malato abbandoni la sua corsia, scrive sulla scheda la diagnosi e se le malattie sono state due p. es., bronco-polmonite e febbre tifoide, le scriva tutte due senza indicare se e quale delle due malattie si è sviluppata nell'ospedale. Anche però ammettendo che ogni volta che si incontrassero diagnosi doppie sia sempre la febbre tifoide che si è sviluppata nell'ospedale, risulta dalle statistiche ospitaliere che tali casi sono rarissimi.

Ad un risultato identico sono giunto interrogando primari e medici di ospedale i quali solo qualche caso di febbre tifoide hanno veduto svilupparsi in malati già ricoverati nell'ospedale per altre malattie. Pochissima quindi è l'influenza che il contatto esercita negli ospedali sulla diffusione di questa malattia. Quale è dunque il veicolo principale al quale ne dobbiamo la diffusione nella città di Roma? La risposta a tale quesito, secondo il mio modo di vedere, ci viene data da ciò che abbiamo esposto sull'epidemiologia del colera. Tre persone si ammalarono di colera in tre vaccherie diverse ed in tutte tre le vaccherie il latte ne fu inquinato dando origine a circa un terzo di tutti i casi di colera manifestatisi nella città. Ora è possibile supporre che i garzoni delle vaccherie e tutte le persone che al latte hanno rapporti inquinino questo alimento solo quando sono colpite dal colera e non l'inquinino quando sono colpite o convalescenti dal tifo o da un'altra malattia qualsiasi?

(*Continua*). S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(66). *Cura dell'ipertricosi.* — Sarei grato se mi volesse rispondere nella « Posta degli abbonati » al seguente quesito: Quale cura stima sia la più efficace contro la ipertricosi e nel contempo quale sia la cura che ottenendo un buon risultato danneggi meno la pelle.

La risposta farà il favore di indirizzarla al mio numero di abbonamento 76985.

La cura più efficace e, se applicata convenientemente, la più innocua è l'epilazione elettrolitica. Diffidare dei comuni epilatorii a base di sostanze caustiche e nocive per la pelle. Molti adoperano la pietra pomice: anche recentemente peraltro sono stati fatti rilevare gl'inconvenienti di questo sistema il quale ad ogni modo non è che un palliativo. V. M.

(67). *Ispezione delle carni.* — Il dott. G. Poggi (Mallare) ci chiede l'indicazione di trattati concernenti le malattie del bestiame in rapporto con l'ispezione delle carni da macello.

Non vi è nessuna pubblicazione che tratti contemporaneamente delle malattie del bestiame e dell'ispezione delle carni.

Circa le malattie *infettive* del bestiame, che sono quelle che presentano maggior interesse per l'ispezione delle carni, è consigliabile il Trattato del prof. Oreste della R. Scuola veterinaria di Napoli.

In quanto poi all'argomento speciale dell'ispezione delle carni è consigliabile il Manuale: « L'Igiene della carne » del prof. Brusaferro di Torino (Società Editrice Torinese - 2ª edizione) e la 4ª edizione del « Manuale dell'Igienista » nel quale il dott. Bertolini, del Mattatoio di Roma, ha scritto un capitolo speciale per « *L'ispezione delle carni* » redatto con abilità e con sicura esperienza. G.

(68). *Cura della « phlegmasia alba dolens ».* — Le sarei grato se volesse rispondere a questa domanda nella posta degli abbonati:

Qual'è il più recente metodo di cura della flegmasia alta dolens, senza sospetto di suppurazione?

Lo schema della cura della flegmasia alba dolens riposa su questi punti capitali:

a) immobilizzazione dell'arto, tenuto in posizione declive e riscaldato con un impacco ovattato per circa una ventina di giorni dopo la scomparsa della febbre;

b) piccoli movimenti passivi per circa una settimana;

c) massaggio che si inizia dallo sfioramento lieve, evitando la vena colpita;

d) movimenti attivi e primi passi dell'inferma;

e) idro ed elettroterapia se vi sono atrofie e disturbi trofici di una certa entità.

Al riposo sono affidate l'organizzazione del trombo, e la scomparsa dell'infezione locale; alla posizione declive e al caldo il facile deflusso per le vene anastomotiche compensatrici, al massaggio, ai movimenti, all'idro e all'elettroterapia la ripresa delle funzioni vascolari, del tono muscolare, delle funzioni articolari.

Credo che per ora questa terapia medica, fondata su precise conoscenze moderne intorno alla patogenesi, agli esiti del trombo, intorno alle possibili complicazioni, sia quella elettiva da seguire con oculatezza dal medico; altri tentativi (chirurgici per es.) per ora devono essere riservati quali audacie terapeutiche a mani sperimentate, solo nei casi gravi e ribelli di trombosi di grossi tronchi venosi. *t. p.*

(69). *Indicazioni bibliografiche.*— Nell'elenco delle *pubblicazioni pervenute* vi sono talora alcune monografie che possono interessare alcuni dei numerosi lettori del *Policlinico* per studi che hanno iniziati o da iniziare; non può l'ottima Redazione trovare un mezzo come mettere in relazione i colleghi? D. ANT. M. (Derna).

Chi è interessato a singoli lavori può richiederli direttamente all'autore o all'editore: riteniamo sia il mezzo più semplice per ottenerli. Volentieri i nostri uffici forniranno ogni volta le indicazioni che fossero all'uopo necessarie.

R. D.

VARIA

Una visita ad A. Carrel. — Ci siamo occupati più volte degli esperimenti meravigliosi di A. Carrel, i quali dischiudono un nuovo campo alla chirurgia.

Da un articolo del dott. Dehelly — il quale fu per varie settimane ospite del Carrel — inserito negli *Archives Médico-chirurgicales de Normandie*, desumiamo alcune interessanti notizie sul lavoro del giovane ed illustre sperimentatore francese. Queste notizie acquistano valore di attualità ora che il Carrel è stato insignito del premio « Nöbel » per la medicina e che il popolo americano gli ha rese magnifiche e grandiose onoranze.

***

Il « Rockefeller Institut for Medical Research » è un'organizzazione di lavoro unica al mondo. Rockefeller lo ha dotato di oltre venti milioni di dollari. È come dire che tutti i perfezionamenti richiesti dai capi di laboratorio si traducono immediatamente in realtà.

Due Commissioni sono incaricate della direzione. All'una è affidata l'amministrazione, all'altra la parte scientifica. Il prof. Fleichsner è l'anima di queste due Commissioni e ne assicura la coesione. Il Comitato scientifico domanda i fondi che gli sono necessari al Comitato amministrativo, il quale s'incarica di trovarli. Da noi invece l'Amministrazione è sovrana e gli studiosi debbono adattarsi...

I laboratori sono completamente specializzati: vi sono quelli di batteriologia, fisiologia, chimica, chirurgia sperimentale, ecc. Alla testa di ciascuno sta un capo, il quale dirige le ricerche a suo talento.

A. Carrel dirige il laboratorio di chirurgia sperimentale da parecchi anni. Egli dispone di un laboratorio propriamente detto, una sala d'operazione e di sterilizzazione e locali per gli animali destinati alle esperienze. Nuovi locali saranno presto pronti a funzionare.

Il Carrel ha degli assistenti, che si occupano della parte chimica o istologica; ha delle infermiere, che l'aiutano nelle operazioni. Un piccolo ospedale gli permette di fare su ammalati qualche applicazione delle sue ricerche.

Il laboratorio è ricchissimo. Menzioniamo soltanto un microscopio incluso in una piccola stufa, per esaminare le culture senza cambiarne la temperatura, e le grandi stufe per le culture dei tessuti.

Si coltivano di preferenza tessuti giovani, embrionali, ottenuti, per es., da embrioni di pollo vicini a nascere; si coltivano anche tumori umani o di animali, ecc.

Dal tessuto si prelevano frammenti i quali misurano la superficie di un mmq. circa, non essendo possibile coltivare pezzi più grossi. Sono raccolti asetticamente e messi su di una lastrina come un coprioggetti. Su questo tessuto si fanno cadere una o due goccie di un miscuglio di plasma sanguigno di un animale della stessa specie e di una soluzione di Ringer. La goccia coagula molto rapidamente; allora si rovescia la lastrina su di un vetrino spesso e cavo al centro, dove viene a rimanere la cultura. La lastrina aderisce al vetrino per mezzo di una goccia di vasellina. La cultura è portata nella stufa a 38°.

Nelle ore che seguono si può rilevare che nuove cellule si differenziano alla periferia; si producono figure cariocinetiche.

Le culture possono vivere moltissimo tempo a condizione di ringiovanirle. Il ringiovanimento consiste nell'ablazione con un coltello da cataratta di tutto il tessuto neoformato, che, inglo-

bando il tessuto primitivo, gli impedisce di vivere. La cultura così ringiovanita è lavata in una soluzione di Ringer e situata di nuovo nel suo mezzo di cultura. Questo mezzo può essere modificato, per es., coll'aggiunta di un plasma di una specie straniera. Si può così provocare la produzione di anticorpi. Tutti i fenomeni vitali si trovano dunque in queste culture: essi costituiscono altrettante prove della loro vitalità.

La stampa quotidiana ha parlato di un cuore che così conservato batteva da parecchi mesi. Il fatto è esatto, ma si tratta di un piccolo pezzo di cuore di un embrione di pollo, della grossezza di un millimetro cubo. Non è meno vero che le fibre muscolari del miocardio erano animate da battiti ritmici e l'A. dell'articolo ha potuto vederli per settimane. Quando la cultura invecchiava i battiti cessavano; quando era ringiovanita col metodo descritto, i battiti riprendevano.

Questi fatti non sono eccezionali: le culture che Carrel ha fatte sommano a più di un migliaio. Ogni giorno egli prepara così o ringiovanisce una trentina di culture ed i suoi risultati sono sempre positivi.

Il fatto acquisito è che si può molto facilmente coltivare un tessuto embrionario, che si riproduce come se fosse incluso in un organismo vivente.

Lo scopo di queste ricerche è il seguente: Carrel cerca ciò che nell'organismo favorisce la cicatrizzazione. Egli vorrebbe isolare un prodotto di cellule che aumenti la rapidità della cicatrizzazione. Queste ricerche, le quali sembrano così lontane dalla chirurgia, hanno quindi uno scopo chirurgico.

La chirurgia sperimentale non è per questo trascurata nel laboratorio di Carrel. L'A. ha assistito a diverse operazioni sull'aorta toracica del cane, fatte allo scopo di studiare il tubaggio permanente dell'aorta per la cura degli aneurismi.

Prima di entrare nella sala di operazione ognuno riveste un camice e una maschera, calza dei sandali sopra le scarpe. Tutto si compie col massimo lusso di precauzioni asettiche, ciò che del resto è un elemento necessario al successo.

Su di una piccola tavola da operazione semplicissima, stretta, l'animale viene attaccato. Si adopera per l'anestesia l'etere. L'animale viene addormentato con un apparecchio semplicissimo: un flacone a largo collo contiene l'etere; dal tappo partono due tubi: l'uno porta aria, l'altro porta aria carica di vapori d'etere, in una maschera che avviluppa completamente la testa dell'animale. Appena il cane è addormentato, si continua la anestesia coll'apparecchio di Meltzer, che consiste essenzialmente in una soffieria, la quale può mandare l'aria e i vapori di etere in una sonda di Nélaton introdotta nella trachea fino alla biforcazione. La soffieria permette di mantenere una corrente aerea costante, che favorisce l'ematosi, e di produrre una pressione positiva nel polmone.

Carrel opera aiutato da una infermiera. Entrambi sono provvisti di guanti di filo. Egli cambia numerose volte i guanti durante l'operazione.

I fili per legature sono sempre in seta; Carrel ha abbandonato il catgut. Riesce infatti assai più facile assicurarsi della sterilizzazione della seta che di quella del catgut.

L'animale è coperto di tele. Praticata l'incisione, la pelle viene accuratamente nascosta con nuove tele. Nella chirurgia toracica, Carrel per isolare il suo campo operatorio dalla cavità pleurale utilizza tele di seta vasellinata.

Le operazioni che l'A. ha visto compiere consistono nel situare entro un'aorta toracica dei tubi di vetro paraffinato, che s'introducono in una fenditura laterale, dopo aver inciso la pleura davanti l'aorta. Il tubo viene fissato mediante una o due legature esterne al vaso; poi, suturata la pleura sul vaso, dopo accurata toeletta della cavità pleurale, si procede alla chiusura ermetica della parete. Il cane dopo l'operazione è situato in un sacco e il sacco in una gabbia riscaldata, dove resta un'ora o due; in seguito è rimesso nella gabbia comune.

I locali per gli animali sono oltremodo curati: vasti e bene aereati. Vi sono locali dove gli animali possono vivere all'aria libera.

L'A. ha visto parecchi animali che avevano da più di un mese un tubo nell'aorta toracica: era dunque stata evitata la coagulazione. Questo fatto capitale è contrario alle teorie classiche.

Dal punto di vista pratico, Carrel ha realizzato la conservazione di certi tessuti, e la loro utilizzazione dopo un tempo assai lungo. Egli, per es., ha preso la pelle di un neonato, cinque ore dopo la morte, ed ha potuto conservarla nella vasellina bionda in una camera fredda a 0° e infine utilizzare questa pelle per ricoprire quattro ulcere varicose circolari. L'A. ha veduto i due malati che avevano le ulcere, tali da presentare l'indicazione formale dell'amputazione. Gli impianti fatti con quella pelle avevano attecchito e le ulcere erano completamente guarite.

Per tali innesti bisogna avere dei riguardi speciali e seguire esattamente una tecnica, poco complicata del resto, ma i cui dettagli sono essenziali.

Carrel non lava le piaghe con acqua, ma le pulisce con olio sterilizzato. Al momento di praticare gli innesti è necessario che la piaga sia evidentemente in buono stato. Egli la pulisce con un poco di etere, posa i suoi trapianti e li

ricopre con una vernice a base di cera, che impedisce il distacco della pelle utilizzata.

L'utilizzazione di tessuti umani conservati è dunque in parte realizzata.

L'A. ha di proposito trascurato di fare una lunga esposizione di fatti già ben noti a tutti sui trapianti dei vasi, sugli innesti di organi, di arti su animali: egli ha potuto convincersi facilmente della loro realtà. Ha visto numerosi pezzi di vene innestate sul tragitto di un'arteria, di reni che erano stati trapiantati, una cinquantina di zampe di cane cicatrizzate su altri cani.

Queste meraviglie sono state compiute in un tempo assai breve. Carrel è all'Istituto Rockefeller da tre a quattro anni al più: e dunque è una somma di lavoro enorme quella ch'egli ha dovuto compiere per condurre a buon termine le sue ricerche, le quali costituiscono forse le più belle e promettenti conquiste della scienza medica durante questi ultimi anni. T. I.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

E. MODIGLIANI. **Il rene nella difterite e nella scarlattina.** Roma, Cooper. tipogr. Manuzio, 1912. L. 8.

Il giudizio che della funzione renale si può dare ai nostri giorni, le concezioni moderne sulla patologia del rene hanno, al lume delle ricerche cliniche, chimiche, anatomo-patologiche, biologiche subito tale evoluzione, che una vera revisione s'è imposta in questo importante campo della patologia. Alcuni problemi, intuiti dai clinici fin da tempi remoti, dopo che l'albuminuria richiamò l'attenzione sulle proprietà dell'urina patologica, tentati sul principio per induzione e per analogia, hanno trovato solo più tardi una risoluzione razionale; nuovi quesiti si sono imposti, di cui qualcuno ha ricolmato lacune nelle nostre conoscenze, qualcuno rimane ancora insoluto, stimolo al ricercatore.

Nel volume del Modigliani l'utilità e l'interesse derivano dall'esperienza larga dell'A. nel campo della patologia infantile; e dalla severa ricerca, che sa valersi dei metodi più moderni per dirimere le questioni ardue, che nello svolgimento del compito si presentano.

In due parti principali è divisa l'opera: la nefrite difterica, la nefrite scarlattinosa, quest'ultima considerata nel periodo febbrile e come postumo dell'infezione. Lo studio dopo una sobria esposizione delle patogenesi e della parte clinica si volge alla ricerca minuta della sindrome urinaria (chimica e microscopica) della funzione renale nella nefrite. Seguono a ciascuna parte importanti ricerche sulle nefriti senza albuminuria, ricerche e critica della nefrite così detta latente, che l'A. è disposto a ritenere piuttosto una sindrome incompleta, parziale di nefrite; ricerche sull'albuminuria provocata; non trascurate sono le complicanze, largo è il contributo anatomo-patologico. In un' appendice, dopo l'analisi minuta dei resultati che segue si può dire a ciascun paragrafo, sono riassunti e coordinati i principali resultati che tendono a stabilire analogie e differenze tra le varie forme di nefrite.

Questo programma, così ben concepito nelle sue linee generali, è svolto con accuratezza e serenità, con ricchezza di considerazioni e di fatti che all'A. fornivano ben 847 difterici e 351 scarlattinosi curati nel reparto isolamento del Policlinico Umberto I.

Se pure alcune delle conclusioni generali ormai erano nel dominio delle conoscenze, il lavoro sperimentale non è vano, quando esso suggella definitivamente i grandi problemi, ed altri ne risolve o ne pone all'esame dei volenterosi.

Diviene quindi il libro fonte non solo di studio ma d'insegnamento per la pratica del medico, e noi ci auguriamo che i desideri, che il volume lascia nella mente del lettore, siano colmati in avvenire dalla laboriosa attività dell'A. *t. p.*

OBERLAENDER ET KOLLMANN. **La blénorragie chronique et ses complications.** Traduit sur la seconde édition allemande par Lepoutre. F. Alcan, édit. Prix Fr. 15.

Il libro tedesco che porta i nomi di Oberlaender e Kollmann ha raggiunto la seconda edizione: compare ora per opera dell'editore Alcan, tradotto dal Lepoutre, in veste francese in un volume in-8° con 178 figure intercalate nel testo.

Nel volume, oltre alla parte diagnostica generale, il primo capitolo tratta della diagnosi a mezzo dell'uretroscopio; l'argomento è svolto con quell'ampiezza e con quella competenza che agli AA. conferisce la lunga esperienza d'un metodo al quale i loro nomi resteranno per sempre legati.

Nel 2° capitolo è la cura della blenorragia cronica con una particolareggiata descrizione dei mezzi di dilatazione, il cui uso deve essere nei minuti particolari noto ai medici, se non si vuole che un mezzo prezioso di terapia si trasformi in una causa di danno.

Le complicazioni sono l'argomento del 3° capitolo: infiltrazione molle, infiltrazione dura, restringimento, prostata, ecc.

L'opera che ha indirizzo clinico e la edizione francese più facilmente accessibile agli studiosi italiani, costituiscono un valido ausilio per la corrente pratica medica. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sulla ospedalizzazione degli abbienti. — Al Ministro dell'Interno, l'on. Giulietti aveva presentata un'interrogazione per conoscerne il pensiero di fronte al parere del Consiglio di Stato in data 3 giugno 1912: essere cioè contrario ai fini di una Istituzione di pubblica beneficenza la deliberazione di un ospedale con cui viene stabilita una tariffa delle operazioni chirurgiche per gli abbienti ricoverati nel nosocomio, parere che sembra ostacolare ogni moderno concetto sulla ospedalizzazione degli abbienti. Il Sottosegretario per gli Interni ha dato la seguente risposta scritta.

« Con parere del 3 maggio 1812, il Consiglio di Stato (Sezione I) si pronunciò sull'interpretazione da farsi all'art. 2 (ultimo comma) del vigente statuto organico dell'ospedale civile di Borgo San Donnino, per il quale possono esser accolti in quel nosocomio anche malati non poveri, purchè si obblighino a pagare quella « pensione » che verrà, secondo i casi e le circostanze, stabilita dall'Amministrazione.

Ritenne il Consiglio di Stato che il significato da attribuirsi a detta disposizione, altro non potesse essere che questo: che, cioè, sia in facoltà dell'Amministrazione ospitaliera di fissare la retta pel ricovero degli abbienti, tenendo conto di tutte le spese — generali e speciali — che il pio ente deve sostenere per l'alloggio, il vitto, l'assistenza e la cura di tali infermi, in modo che il servizio facoltativo, a favore degli abbienti, non debba danneggiare nè diminuire menomamente il servizio obbligatorio dell'ospedale, che è soltanto quello per i poveri; ma che, una volta fissata quella diaria, non sia più ammissibile l'imposizione di una tariffa per le operazioni chirurgiche, le quali vanno comprese nei mezzi di cura già calcolati nella determinazione della diaria.

E l'autorevole Consesso aggiunse: « Ciò fu sempre ritenuto dalla costante giurisprudenza di questo Consiglio allorchè si trattava di infermi poveri ricoverati a carico della pubblica beneficenza, e lo stesso principio deve valere anche per gli infermi non poveri, salvo, naturalmente, la misura più elevata della retta da esigersi per questi, in proporzione anche superiore al costo effettivo dell'assistenza, essendo giusto che i ricoverati di condizione agiata contribuiscano con le loro pensioni ad accrescere i mezzi disponibili a vantaggio degli infermi poveri ».

Come risulta da quanto sopra, il parere di cui si tratta deve essere apprezzato in relazione alla speciale disposizione dello statuto organico dell'ospedale di Borgo San Donnino, a cui appunto si riferisce. Senonchè, quando pure si volesse attribuire al detto parere il valore o la importanza di un principio generale o di massima, non per questo sarebbero a temersi le conseguenze delle quali si preoccupa l'onorevole interrogante, dal momento che, con esso, non fu contestato agli ospedali il diritto di accogliere, dopo infermi poveri, anche infermi abbienti, e fu anzi riconosciuto che, per questi ultimi, possa stabilirsi una « diaria superiore al costo effettivo della assistenza ».

È ovvio infatti che, nella determinazione di detta diaria, si potrà e dovrà tener conto, quando del caso, anche del costo della operazione chirurgica; entro i limiti, si intende, che sono imposti dalla speciale natura dell'ente, a cui deve essere assolutamente estraneo ogni fine di speculazione ».

Pensioni a medici condotti, vedove e orfani. — Durante il terzo trimestre anno corrente vennero conferiti i seguenti assegni di riposo: al dott. Guidi di Cartoceto, L. 2156; al dott. Bonaldi di Pieve Fosciano, L. 3176.63; alla ved. del dott. Mazzini di Coccaglio, L. 838.50; al dott. Dainesi di Seveso, L. 1779; al dott. Chiaradia di Caneva, L. 1055; al dott. Rossi di Sansevero, L. 2162; al dott. Boschieri di Ponte Piave, L. 3555.61; al dott. Grassi Landi di Villa Collemandina, L. 1475.50; al dottor Martelli di Faventino, L. 3311.28; al dott. Rinonapoli di Pescina, L. 956; al dott. Pierini di Sor bolongo, L. 831.84; alla ved. del dott. Tasca di Suisio, L. 1009; alla ved. del dott. Bernocco di Moretta, L. 598; alla ved. del dott. Fiorito, L. 671; al dott. Gernia d'Ivrea, L. 1410; al dott. De Agostini di Arconate, L. 1779; al dott. Armand di Torre V. P., L. 927; alla vedova dello stesso, L. 463.50; al dott. Costa Barbè di Lenno, L 2018; al dott. Candelai di Castiglione M. R., L. 1071; alla ved. del dott. Rostan di Perrero, L. 683.91; alla ved. del dott. Marchisio di Robilant, L. 602.43; al dott. Podrini di Sissa, L. 3117.45; alla vedova del dott. Pacini di Pistoia, L. 2055.48 (indennità); al dott. Luè di S. Colombano, L. 1891; al dottor Polistina di Cosoleto, L. 2328; al dott. Canonico di S. Marco Arg., L. 1115.65; agli orfani del dott. Onesti di Anzio, un'indennità di L. 2230.41.

(*L'Avv. San.*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3529 *bis*) *Compenso al medico condotto che faccia servizio ospitaliero.* — Il sig. dott. S. da M. espone che come medico condotto ha obbligo di prestar servizio gratuito nel locale ospedale amministrato dalla Congregazione di Carità. Tale obbligo è limitato ai soli naturali del Comune. Non ha guari una frazione di questo fu elevato a Comune autonomo, ma, non essendo ancora ripartite le rendite fra la nuova e l'antica Congregazione di Carità, quella del nuovo Comune seguitò a mandare i proprii infermi all'ospedale amministrato, come si disse, dalla antica. Il medico per tali cure chiese speciale compenso rivolgendosi direttamente alla amministrazione del nuovo Comune.

Il Pretore respinse la domanda.

Si chiede se convenga produrre appello.

Con la risposta datale nel fascicolo 30, anno XVIII, della sezione pratica, n. 2683, si affermava il principio che Ella avea diritto a speciale compenso per la cura ed assistenza che prestava nell'ospedale ad ammalati appartenenti per fatto di nascita ad altro Comune, cioè, alla frazione dichiarata, or non è molto, Comune autonomo. E ciò era logico dal momento che Ella era per capitolato obbligato a curare gl'infermi ricoverati nell'ospedale medesimo, ma sempre, s' intende, appartenenti al Comune, da cui era stipendiato. Ciò non voleva, però, dire che ella potesse citare in giudizio la Congregazione di carità del nuovo Comune che seguitava ad inviare, non essendo definita ancora la partizione delle rendite, i suoi ammalati al nosocomio, che per lo innanzi era stato comune ai due paesi. Ella avrebbe dovuto esporre i suoi giusti desideri all'antica Amministrazione caritativa, la quale, permettendo anche dopo la separazione dei due Comuni il ricovero di persone che, a rigore di termini, non ne aveano più il diritto, accresceva il lavoro e gli oneri del sanitario e la correlativa responsabilità. Dovea essere compito di questa antica Amministrazione il far valere verso dell'altra le proprie ragioni; ma ella come semplice direttore tecnico dell'ospedale, non avea alcuna veste per chiedere giudiziariamente un compenso da parte di un ente, cui era completamente estraneo per contratto e per legge. Non possiamo, quindi, trovare a ridire sulla sentenza del pretore e non potremmo in conseguenza consigliarla a produrre appello contro di essa. La quale sentenza è, secondo noi, claudicante solo in quanto ammette l'assoluta acquiescenza del medico nel dover curare tutti coloro che sono ricoverati nell'ospedale, senza inquirere sulla ragione e legittimità del ricovero stesso. Non bisogna dimenticare che direttore dell'ospedale è il medico condotto e che il servizio ospitaliero è un'appendice della condotta. È, perciò, chiaro che nell'ospedale possono avere cura gratuita solo i naturali del Comune o quelli che avrebbero diritto, per altra qualsiasi ragione, all'assistenza medica gratuita del condottato. Che se l'ospedale facesse convenzioni o contratti con altri Enti o Comuni pel ricovero, mediante compenso, di infermi forestieri, il condottato avrebbe diritto a compenso, giacchè dovrebbe prestare la propria opera a persone cui non si estendono i benefici della condotta, per cui egli è esclusivamente e legalmente obbligato.

(3545) *Regolamento ostetrico.* — Il dott. G. D. L. da C. chiede conoscere quale sia il regolamento ostetrico attoalmente in vigore e dove possa farsene acquisto.

Il regolamento che disciplina il servizio ostetrico da parte delle levatrici porta la data del 23 febbraio 1890 ed il numero 6678. Potrà riceverlo facendone richiesta alla casa editrice Pietrocola in Napoli. Costa centesimi 20.

(3547) *Operazioni manuali di bassa chirurgia.* — Il sig. dott. G. B. da C. chiede conoscere se l'applicazione delle mignatte e delle coppette possa essere fatta da qualsiasi persona anche se non munita di speciale diploma.

Il medico ordina l'applicazione delle coppette e delle mignatte. Resta a cura della famiglia la esecuzione, e questa si può all'uopo servire di chiunque creda adatto, sia flebotomo sia altra persona di fiducia e capace.

(3549) *Contributo annuale per l'ordine dei sanitarii.* — Il sig. dott. A. S. da C. chiede conoscere se il contributo annuale per l'Ordine dei sanitarii debba essere pagato da' soli medici non anziani.

La contribuzione che è stata costretta a pagare riguarda tutti i medici, sia antichi che recenti esercenti.

(3551) *Non è acquisibile la stabilità senza concorso.* — Il sig. dott. G. B. da S. R chiede conoscere se sia vero che qualche interino sia divenuto stabile senza concorso e se l'interinato possa giuridicamente condurre alla inamovibilità.

Non è possibile acquistare la stabilità nella carica di medico condotto senza essersi esposto ed aver superato il relativo concorso. Il periodo di interinato si ritiene utile solamente quando è seguito da altra nomina regolarmente fatta a seguito del concorso. Di interini che diventino stabili senza la prova prescritta, non si ha esempio.

(3552) *Medico condotto. Esenzione dal pagamento della tassa esercizio.* — Il sig. dott. D. D. S. da I. chiede conoscere se il medico libero esercente sia sottratto dall'obbligo del pagamento della tassa esercizii.

È propriamente allo inverso. Esenzione completa dalla tassa esercizi compete al medico di condotta limitata ai soli poveri, perchè impiegato comunale. Al medico in condotta piena spetta parziale esenzione, rimanendo obbligato alla tassa solo in proporzione di quanto può ricavare dallo esercizio professionale.

(3553) *Servizio necroscopico.* — Il dott. L. A. da C. chiede conoscere se con la revisione del capitolato il Comune possa imporre al medico condotto stabile l'onere del servizio necroscopico e se possa pretendere speciale compenso per aver prestato tale servizio anteriormente alla revisione del capitolato.

Con la riforma del capitolato, il Comune non ha fatto che dare esecuzione al disposto dello articolo 28 del regolamento sanitario vigente, secondo cui fra gli obblighi normali del medico condotto deve sempre figurarvi il servizio necroscopico, quando ad esso nan sia diversamente provveduto. Quindi Ella non può dolersi nè pretendere compenso per il nuovo servizio giacchè il disimpegno del medesimo è effetto di esecuzione di un regolamento generale, che è obbligatorio per tutti. Non si ledono per ciò i diritti acquisiti nè si violano i patti contrattuali ribaditi indissolubilmente con la raggiunta stabilità. La quistione pel servizio prestato prima del 1903, crediamo inutile sia sollevata, sia perchè Ella lo eseguì senza mai chiedere compenso, sia perchè ogni eventuale diritto sarebbe ora prescritto.

(3554) *Prime immediate cure ad infortunati.* — Il dott. N. T. da C. chiede conoscere se essendo con altri colleghi accorso ad un infortunio e se avendo di concerto eseguiti atti operativi possa pretendere compenso a carico del capo esercente.

Per prime immediate cure in materia di infortunio si intendono quelle indispensabili per mettere l'infortunato in grado di essere trasportato in casa od in acconcio luogo di cura. Se, quindi, l'opera dei tre medici accorsi valse appunto a rendere possibile il trasporto dell'infermo allo ospedale e ad evitarne la morte immediata, ben essa deve essere ricompensata a cura e spese del capo esercente l'industria od il lavoro.

(3555) *Apertura di nuove farmacie.* — Il dottor P. da B. chiede conoscere se la legge del 1853 sulle farmacie sia tuttora in vigore e se il Prefetto possa negare anche ora l'apertura di una nuova farmacia per la deficienza della richiesta distanza.

Se manca la distanza prescritta dalla legge del 29 gennaio 1853 fra le due farmacie, ben può, anche ora, il Prefetto negare l'autorizzazione per l'apertura della nuova azienda. La legge del 1853 non fu mai abrogata ed è tuttora in vigore. Si attende l'approvazione del progetto di legge sull' esercizio delle farmacie, che è sottoposto allo esame del Parlamento.

(3556) *Nomina di interini.* — Il dott. D. C. da T. chiede conoscere in qual modo e da chi debba procedersi alla nomina dei medici chirurgi interini.

Spetta all'Amministrazione municipale di provvedere alla nomina dell'interino, o con deliberazione consiliare o con deliberazione di urgenza della Giunta municipale.

(3557) *Pensioni.* — Il dott. D. M. da N. T. chiede conoscere quale pensione gli spetterà con 58 anni di età e 30 di servizio, quale con 61 anno di età e 33 di servizio, quale con 63 anni di età e 35 di servizio. Ha per dieci anni corrisposto contributo massimo ed ha fatto versamenti volontarii.

Con 58 anni di età e 30 di servizio si liquiderà la pensione di lire 1901.20, oltre annue lire 152.10 come assegno vitalizio pel versamento volontario; con 61 anno di età e 33 di servizio liquiderà annue lire 2551.25, oltre lire 267.84 e con 63 anni di età e 35 di servizio liquiderà annue lire 3150, oltre lire 358.40 di assegno vitalizio.

(3558) *Durata in carica dei medici interini.* — Il dott. G. B. C. da P. chiede conoscere se il medico interino può essere licenziato da un momento all'altro, anche pel fatto che altri offra a minor prezzo l'opera propria.

Pei medici provvisori non vi è alcun diritto da far valere, tranne quelli che eventualmente derivino dall'atto di nomina. Ora se in questo è detto che la sua permanenza in servizio deve durare fino a che non sia nominato l'altro medico in base al concorso, non lo si può certamente licenziare *statim atque illico* sol perchè un altro sanitario, offra la sua opera a prezzo minore. Che se alla nomina non è messo alcun limite, il Comune ben può licenziarlo sempre che il crede.

(3559) *Spese di spedalità.* — Il dott. G. C. da E. D'A. chiede conoscere a chi spetti il pagamento delle spese di spedalità dovute per un infermo cronico degente da diversi anni in un ospedale.

Se l'infermo non abbia nel frattempo acquistato altrove il domicilio di soccorso, è sempre il Comune di origine obbligato a sostenere le spese di spedalità, durante la di lui degenza nel nosocomio.

(3562) *Pensioni - Riscatto anni di servizio.* — Il dott. G. S. da C. chiede conoscere se possano essere riscattati agli effetti della pensione taluni anni di servizio da lui prestati come ufficiale sanitario.

Se durante il periodo in cui ha esercitato le funzioni di ufficiale sanitario ha corrisposto i contributi prestabiliti, non deve fare ora alcuna

pratica per riscattare gli anni di servizio dal 1902 al 1906: basterà che all'atto della liquidazione esibisca le relative deliberazioni di nomina. Se non ha allora pagato alcun contributo, non potrà procedere al riscatto del relativo periodo di servizio.

(3563) *Pensioni - Riscatto anni interinati.* — Il dott. G. E. I. da G. chiede conoscere ciò che bisogna fare a che gli anni di interinato possano valere pel raggiungimento del diritto alla pensione.

Nulla deve pagare perchè il servizio interinale prestato senza pagamento di contributi concorre a formare il termine utile per il raggiungimento del diritto a pensione. I relativi anni di servizio non si possono, però, riscattare e farli concorrere anche per la valutazione effettiva della pensione.

(3564) *Medici per le assicurazioni sulla vita.* — Il dott. abbonato 6520 desidera conoscere se i medici per le assicurazioni sulla vita saranno nominati in base a concorso.

Non ancora si conosce se i medici regionali di fiducia verranno nominati per concorso.

(3565) *Liquidazioni pensioni.* — Il dott. M. V. da M. desidera conoscere quale pensione liquiderà.

Liquiderà annue lire 2208.53 lorde. Su detta somma dovrà pagare la sola ricchezza mobile in lire 7.65 %.

(3567) *Impugnativa della decisione della G. P. A. con cui si aumenta di ufficio lo stipendio* — Il dott. L. B. M. da M. S.S. chiede se essendosi il Comune rimesso alla decisione della G. P. A. possa esso impugnare la decisione stessa presso il Consiglio superiore di Sanità sol perchè sia favorevole al sanitario e se l'impugnativa del Comune sospenda la decisione dell'autorità tutoria.

Il Comune ha sempre diritto di impugnare la decisione della G. P. A. con la quale si aumenta lo stipendio, non ostante che con deliberato consigliare si sia rimesso allo apprezzamento ed al criterio dell'autorità tutoria e ciò perchè qualsiasi atto municipale non può derogare la legge. Se il ricorso sarà effettivamente presentato Ella compili un foglio di controdeduzioni, in cui sarà bene far cenno della deliberazione del Consiglio comunale, e lo faccia subito pervenire alla segreteria del Consiglio superiore di sanità. Poichè i ricorsi amministrativi non sono sospensivi, lo stipendio maggiore le dovrà essere corrisposto dalla data della decisione della G. P. A.

(3569) *Medico interinale - Congedo.* — Il dottor E. M. da M. desidera conoscere se essendo medico interinale possa usufruire del congedo annuale.

Il medico interinale, attesa la precarietà e provvisori etàdella nomina, non può ottenere alcun periodo di congedo.

(3571) *Congedo - Computo dell'anno.* — Il dottor A. G. chiede conoscere se avendo appena compiuto, fra servizio interinale ed ordinario, un anno di prestazione possa usufruire del congedo annuale.

Alle esposte condizioni di fatto può chiedere ed ottenere il mese di congedo prescritto.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

BEDIZZOLE (*Brescia*). — Condotta piena; abitanti 2300; L. 3800; tre sessenni; L. 400 trasporto. Scad. 12 genn.

BOTTICINO SIRA (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000 compresavi indennità quale uff. sanit., Scad. 9 genn.

CITTADELLA (*Padova*). — Condotta per poveri del riparto C; L. 3000 lorde e L. 500 per cavalc. Ab. 2450, poveri 850 circa, obbligo residenza frazione Santa Croce in casa espressamente locata dal Comune con fitto annuo in L. 245 da corrispondersi dall'eletto fino a 10 novembre 1915. Scad. 20 genn.

COMO. *Manicomio Provinciale.* — Al 15 gennaio 1913 concorso, per titoli scientifici e pratici, ad un posto di medico-aiuto: L. 2800. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione provinciale.

COPPARO (*Ferrara*). — Condotta pei poveri di Coccanile; L. 3200 lorde e L. 600 per cav., assicuraz. Assunzione del servizio entro dieci giorni dalla partecipaz. di nomina. Scad. 15 genn.

FOSSATO DI VICO (*Perugia*).— Condotta piena; L. 2625 pei poveri, con due sessenni, e L. 375 per gli agiati, lorde; L. 120 quale uff. san.; L. 700 per la cav. Scad. 15 genn.

* GRAFFIGNANO (*Roma*). — Condotta; L. 3500 pei poveri e L. 200 per gli abbienti, lorde, con tre sessenni; L. 100 quale uff. san.. e L. 100 per l'arm. farm. Ab. 1200 circa. Scad. un mese dal 24 dic.

LOMELLO (*Pavia*). — Condotta piena; L. 4000 lorde e L. 500 per cavalc., due sessenni, mese licenza, obbl. serv. uff. sanit. Ab. 3283. Scad. 16 gen.

MALONNO (*Brescia*). — È prorogato a tutto il 26 gennaio il concorso medico. Stipendio 4274 lorde. Alloggio. Sessenni; malattie a norma di legge. Abitanti 2514. Non vi è obbligo nè bisogno di cavalcatura.

MESSINA. *Comune.* — Concorso per esami e per titoli al posto di capo del laboratorio municipale per la vigilanza igienico-sanitaria (sezione micrografica); L. 4200. Rivolgersi all'Ufficio comunale. Scad. 6 genn.

MONTORIO ROMANO (*Roma*). — Condotta; L. 2670 pei poveri; L. 1335 per tutti gli abitanti (1680), lorde. Uff. san. e arm. farm. Scad. 30 giorni dal 26 dic.

NAPOLI. *Manicomio provinciale.* — Direttore; L. 7000. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione Provinciale. Scad. 16 genn.

*NIBBIOLA (*Novara*). — Condotta; L. 2700 pei poveri (1000 incirca), L. 550 per gli abbienti, L. 100 quale uff. san., L. 100 per gestione armadio farm., alloggio. Ab. 1373. Scad. 25 genn.

OLIVETTA SAN MICHELE (*Porto Maurizio*). — Condotta piena; L. 3100. Scad. 20 genn.

PADOVA. *Spedale Civile.*— Assistente effettivo; L. 1400 lorde; stanza con obbligo di pernottarvi; L. 5 per ogni servizio di guardia di 24 ore. Scadenza ore 17 del 7 genn.

PESCIA (*Lucca*).— *Spedale SS. Cosmo e Damiano.* Cercansi due assistenti medici chirurghi. Stipendio L. 1200 annue e vitto nei giorni di guardia. Inviare laurea. Entrata in servizio in gennaio.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — 2ª condotta piena; L. 3000 e 2 sessenni; L. 500 per cavalc. Scad. 12 gen.

PIMONTE (*Napoli*). — *Congregazione di Carità.* Condotta pei poveri; L. 1600 nette e L. 200 quale uff. sanit; non oltre 50 anni. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 10 genn.

PINCARA (*Rovigo*).— Condotta piena; L. 4800 e due sessenni. Ab. 2241. Scad. 15 genn.

PLATÌ (*Reggio Calabria*). — Condotta residenziale per Cirella; L. 1500 lorde di R. M. e di C. P. Famiglie povere 95, sopra una popolazione di 2000 abitanti circa. Rivolgersi al Sindaco. Scade 10 gennaio.

ROCCARASO (*Aquila*). — Condotta; L. 2500 pei poveri, L. 500 per la generalità, L. 200 quale uff. san. Ab. 2100 circa. Scad. 10 genn.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso interno ad un posto di coadiutore nel laboratorio di micrografia e batteriologia della sanità pubblica, al quale sono ammessi gli assistenti del laboratorio, secondo le norme del regolamento.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 20 tenenti medici nella R. marina; vedi fasc. 50. Scad. 10 gen.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Due assegni di perfezionamento all'interno di L. 1200 ciascuno ed un assegno di perfezionamento all'estero di L. 3000, per l'anno scolastico 1913-14. Laurea in medicina e chirurgia da non oltre quattro anni all'11 dic. 1912. Preferenza ai cultori di anatomia umana o d'igiene. Scad. 31 gen.

SALE DELLE LANGHE (*Cuneo*). — Condotta pei poveri; L. 1800 e conveniente alloggio e compenso a convenirsi col Comune per abbonamento cura agli abbienti; servizio amministrazione ferroviaria con biglietto gratuito percorso a convenirsi e facilitazioni ferroviarie. Scad. 15 gen.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª Condotta piena; ab. 2858; L. 3000 nette di R. M., di cui tre quarti per i poveri; due sessenni; cavalc. a spese del comune; assicur. Scad. 15 genn.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro Urbino*). — Condotta pel II reparto; L. 3800 lorde con obbligo di idonea cavalcatura e L. 200 quale uff. sanit. e sessenni, salvo approvazione autorità tutoria, obbligo servizio Ospedale in Comune con l'altro sanitario. Scad. 10 genn.

* SORANO (*Grosseto*). — Condotta per le frazioni S. Martino e Catalbio; L. 1800 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lorde; L. 300 d'indennità malaria e L. 100 per l'arm. farm. Assunz. del servizio entro 10 giorni dalla partecip. di nomina. Scad. 10 genn.

SUZZARA. *Congregazione di Carità.* — Cercasi subito medico chirurgo assistente per l'Ospedale; stip. L. 1300, alloggio, percentuale compensi operativi. Presentare documenti all'Amministrazione.

TORTOLI (*Cagliari*). — Condotta piena; lire 3264.10; lo stipendio per la cura dei poveri sarà aumentato di un decimo per 4 sessenni. Scad. 15 genn.

VAILATE (*Cremona*). — Condotta piena; L. 3900 nette di R. M.; direzione dell'Ospedale. Ab. 3400. Scad. 31 genn.

VALLI DEI SIGNORI (*Vicenza*). — Condotta piena pel 2º riparto; L. 4500 lorde. Scad. 15 gennaio.

Medici interini per l'Agro romano. — I sanitari che volessero assumere servizio medico-chirurgico interinale nelle Stazioni sanitarie dell'Agro romano possono rivolgersi dalle 12 alle 13.30 per schiarimenti all'Ufficio comunale d'igiene sito nel palazzo delle Assicurazioni generali in piazza Venezia, Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi

Nuove diffide: Borgo S. Sepolcro (Arezzo), Vigolzone (Piacenza), Cetona (Siena), Poppi (Arezzo), Serraungarina (Pesaro), Barchi e Sorbolongo (Pesaro), Rimini (per tutte le condotte vacanti del comune) Roccaforte del Greco (Reggio Cal.), Pianoro (Bologna).

Revoca di diffide: Sogliano al Rubicone (Forlì), Bucine (Arezzo), Romagnese (Pavia), Piacenza d'Adige (Padova).

Ci si comunica:

« La Sezione di Montepulciano A. N. M. C. che, seguendo le norme del Congresso di Cagliari, è disposta a trattare con i comuni per la trasformazione delle condotte da piene in residenziali, intensifica la diffida al comune di *Cetona* (Siena) e si raccomanda a tutti i medici perchè anche il concorso vada deserto. *La Presidenza.* »

« La Sezione di Foligno-Spoleto dell'A. N. M. C. diffida il concorso del comune di Fossato di Vico ».

Il dott. Ingegni, ex-segretario della Sezione Laziale dell'A. N. M. C., ci scrive per contestare un'asserzione contenuta nella lettera del Sindaco di Albano pubblicata nel fascicolo 50 dello scorso anno: che, cioè, quella Amministrazione comunale trovisi nella eccezionalissima condizione privilegiata di avere essa spontaneamente — senza preavviso degli interessati — riconosciuti giusti i deliberati del Congresso di Perugia.

Fu proprio il Sindaco a ricevere una Commissione dei medici della Sezione Laziale che si recò presso tutti i Sindaci dei 21 paesi della Sezione per ottenere i miglioramenti deliberati al Congresso non di Perugia, ma di Frascati, promosso dall'Ingegni, e ciò quando l'attuale Amministrazione di Albano non era al potere. Quindi oltre il preavviso c'è stata la richiesta dei medici; nulla di spontaneo da parte dell'attuale Amministrazione.

Il Commissario Regio diede anzi lire 200 di aumento ai medici, somma che l'attuale Amministrazione appena insediatasi tolse spontaneamente.

Nomine, promozioni ed onorificenze.

Cagliari. — Al prof. Sterzi, direttore dell'Istituto di anatomia all'Università di Cagliari, l'Accademia delle scienze dell'Istituto di Francia conferì il premio internazionale Lallemand del 1912, per i suoi studi sul sistema nervoso. Questo premio, ambitissimo dai cultori della medicina, nel 1910 era stato assegnato al dott. prof. Aldo Perroncito, assistente del prof. Golgi di Pavia.

La Commissione giudicatrice del concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia speciale chirurgica nella R. Università di Cagliari, composta dei proff.: A. Poggi, presidente, F Durante, A. Carle, A. Lustig, E. Burci, segretario; ha designato: primo il prof. Donati Mario, secondo il prof. Taddei Domenico, terzo il prof. Fichera Gaetano.

Il prof. Binaghi Roberto, ordinario di clinica chirurgica e medicina operatoria, è nominato preside della Facoltà di medicina e chirurgia.

Sono promossi al grado di ordinario i proff.: Ceni Carlo, straordinario delle malattie mentali e nervose; Sfameni Pasquale, straordinario di ostetricia e clinica ostetrico-ginecologica.

Il prof. Cozzolino Olimpio è nominato, in seguito a concorso, straordinario di pediatria.

Firenze. — Il dott. Cesana Gino è nominato aiuto in fisiologia.

Genova. — Il prof. Pacchioni Dante è nominato, in seguito a concorso, straordinario di clinica pediatrica.

Modena. — Il prof. Magnanimi Roberto è incaricato della medicina legale per gli studenti di giurisprudenza.

Il dott. Guizzardo Vittorio è nominato aiuto in anatomia patologica.

Padova. — Il dott. Garzia Giuseppe è nominato assistente in clinica pediatrica.

Parma. — Il dott. Guareschi Aldo è nominato assistente in fisiologia.

Pavia. — Il prof. Perez Giovanni, straordinario di patologia speciale chirurgica, è promosso al grado di ordinario.

Pisa. — Il dott. Stern Cesare è nominato assistente in clinica delle malattie mentali.

Roma. — Il prof. Dalla Vedova Riccardo, straordinario di patologia speciale chirurgica a Modena, è invece nominato, in seguito a concorso, straordinario di ortopedia e traumatologia a Roma.

Il dott. Amante Manin è abilitato alla libera docenza in traumatologia.

Sassari. — Sono nominati straordinari, in seguito a concorso, i proff. Di Mattei Emilio in medicina legale; Filia Amerigo in pediatria.

Il dott. Righi Italo è nominato aiuto in patologia generale.

Siena — Sono promossi al grado di ordinario i proff.: Bietti Amilcare, straordinario di clinica oculistica; Fragnitto Onofrio, straordinario di clinica delle malattie nervose e mentali.

Il prof. Micheli Ferdinando è nominato, in seguito a concorso, straordinario di patologia speciale medica.

Lugano. — Al Civico Ospedale sono stati eletti per il quadriennio 1913-1916 i dottori: Albino Erb, medico capo riparto di oculistica; Vittorino Vella, medico capo riparto di chirurgia; Umberto Carpi, medico capo riparto di medicina; Giovanni Barbera, medico interno.

Il Carpi ed il Barbera sono cittadini italiani: il prof. Carpi di Milano, il dott. Barbera di Bari delle Puglie.

Il Carpi è anche libero docente e aiuto nella Clinica medica di Pavia diretta dal Forlanini.

Rallegramenti.

Trieste. — Il dott. Guido Nigris è nominato medico assistente per una divisione del Civico Ospedale.

Berlino. — Il prof. A. Czerny, direttore della clinica pediatrica di Strasburgo (cugino del prof. V. Czerny, clinico chirurgo di Heidelberg) è stato chiamato a dirigere la clinica pediatrica di Berlino, quale successore di Heubner. Al secondo ed al terzo posto sono stati designati Finckelstein di Berlino e Salge di Friburgo, l'uno e l'altro allievi di Heubner.

A richiesta della Facoltà, il prof. Grotjahn è stato incaricato dell'insegnamento dell'igiene sociale. In tal modo la cattedra di medicina e igiene sociale rimasta vacante in seguito alla nomina conferita a Kirchner di direttore della sanità, sarà almeno parzialmente occupata.

Il prof. Wenely è stato temporaneamente incaricato di reggere la clinica oculistica di Würzburg, in sostituzione del prof. Hess, che è passato a Monaco.

Corpo Sanitario Militare.

Ufficiali in servizio attivo permanente. — Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Vittadini Camillo, Fulloni Adeodato.

Capitani medici promossi maggiori medici: Restivo Pantalone Giuseppe, Cattani Carlo, Gimelli Eugenio, Riva Antonio, Grado Paolo.

Tenenti medici promossi capitani medici: Saisa Paolo, Severi Luigi, Risicato Emmanuele, Casella Dante, Bini Guido, Quaglio Celio, Criscione Gaetano.

Ufficiali in posizione di servizio ausiliario. — Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Pesadori Egidio, Fregni Arnaldo.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Ragnini Romolo, Tursini Giovanni Francesco.

Ufficiali di riserva. — Colonnello medico promosso maggiore generale medico: Bianchi Leopoldo.

Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Corte Silvio, Baldassarre Geremia.

Capitano medico promosso maggiore medico: Del Priore Garibaldi.

A mezzo del ministro della Real Casa il Re ha fatto rimettere al dott. Emilio Scafi le insegne della onorificenza testè concessagli di « motu proprio » di cavaliere della Corona d'Italia, in considerazione dell'opera che il dott. Scafi spiega nel Comitato romano della Croce Rossa italiana.

NOTIZIE DIVERSE

Festeggiamenti ed onoranze.

Affluiscono al comitato esecutivo per le solenni onoranze a Guido Baccelli le adesioni al grande comitato onorario.

Oltre i nomi già pubblicati, fra le ultime adesioni sono da notarsi le seguenti: i ministri Bertolini, Finocchiaro-Aprile, Facta, Tedesco, Sacchi, i sottosegretari A. Falcioni, A. Vicini, Gallini, Bergamasco, Di Scalea, i senatori G. Manfredi, E. di San Martino, Valperga, G. B. Grassi, N. Falconi, A. Cencelli, il principe Doria Pamphily, il principe G. Cenci di Vicovaro, il comm. Nicola Falconi, i proff Filomusi Guelfi, G. Carle, Schüpfer, Pestalozza, Neuschüler, Torti, i deputati M. Scellingo, R. Santoliquido, Maggiorino Ferraris, Luigi Rava, E. Candiani, Ciccarone, Guglielmi, il prof. comm. Orrei, il consigliere di Stato prof. comm. G. A. Vanni, l'ammiraglio G. Chierchia, il sindaco di Roma E. Nathan, il comm. Fortunato Rostagno, il conte Domenico Gnoli, Luigi Recchia, lo scultore comm. Ettore Ximenes, A. Re Riccardi, il conte Moroni, il comm. Guido Cirilli, ecc., ecc.

Il comitato esecutivo ha sede presso l'Associazione della Stampa periodica italiana in Roma.

In occasione del suo 70° anniversario, il professor Max Kassowitz - uno dei pediatri più rinomati dell'Ausiria — è stato oggetto di una manifestazione lusinghiera, la cui iniziativa venne stata presa dai proff. von Pirquet e Hochsinger. Al grande clinico fu offerto un volume pubblicato in suo onore.

Oltre cinquemila intervenuti hanno festeggiato, nel Medical College di New Yorck, il conferimento del premio Nobel al dott. Alessio Carrel, il quale ha ricevuto vivissime felicitazioni e numerosi omaggi da spiccate individualità e da corpi scientifici.

Gli allievi di V. Czerny, l'eminente clinico chirurgo di Heidelberg, hanno festeggiato il suo 70° anniversario e hanno rimesso al loro Maestro un busto, dovuto al cesello del prof. Seffner di Lipsia.

I proff. Foà e Queirolo.

Sono svanite le preoccupazioni che si nutrivano sullo stato di salute dei due illustri Maestri.

Da notizie attinte direttamente ci risulta che la convalescenza è già inoltrata.

Esprimiamo l'augurio che essi siano presto in grado di tornare all'insegnamento ed alla scienza.

L'Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

L'Ufficio internazionale d'igiene pubblica ha deliberato di inviare nelle regioni in cui si svolse la guerra turco-balcanica una missione incaricata di prestare il proprio concorso nella lotta contro le malattie epidemiche, specialmente in vista della ripresa del movimento commerciale.

La Commissione è composta dal prof. Santoliquido del Comitato internazionale permanente e dal dott. Pottevin, direttore aggiunto dell'Ufficio suddetto.

Essa ha lasciato Parigi il 27 dicembre per recarsi direttamente a Costantinopoli.

La convenzione sanitaria italo-argentina.

Il Senato argentino ha ratificato all'unanimità la convenzione sanitaria fra l'Italia e l'Argentina.

Cassa Nazionale di Maternità.

Si è riunito presso la Cassa Nazionale di Previdenza il Comitato amministratore della Cassa Nazionale di Maternità.

Il Comitato prese in esame e dette il suo giudizio intorno a vari quesiti sorti nell'applicazione della legge.

Il Comitato deliberò poi di attendere una più matura esperienza del funzionamento della Cassa, prima di deliberare sulle richieste delle Casse libere di maternità e della Federazione Nazionale delle Società di mutuo soccorso che intendono assumere una parte delle funzioni attribuite per legge alla Cassa Nazionale.

Il direttore generale comunicò che finora furon pagati oltre 4000 sussidi per parti ed aborti.

Discusse e approvò il bilancio di previsione delle spese di Amministrazione per il 1913, ed apprese dal presidente on. Di Cambiano e dal direttore generale prof. Paretti le norme adottate per rendere pronto ed efficace, nei limiti della legge, l'ordinamento della Cassa.

Mutui per opere sanitarie.

L'on. Samoggia ha presentato la seguente interrogazione al Ministro dell'interno, chiedendo una risposta scritta:

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro dell'interno se è a sua conoscenza che il prefetto di Reggio Emilia abbia invitato i comuni di quella provincia a non avanzare domande di mutui per opere sanitarie, affermando che la Cassa depositi e prestiti ha esaurita ogni disponibilità ».

Opere di risanamento.

La Congregazione di Carità di Milano ha deliberato l'attuazione di un piano generale di risanamento dei propri fabbricati rurali, per un importo di circa 300 mila lire di lavori.

Corso di perfezionamento.

Dal 15 gennaio al 14 febbraio sarà tenuto, negli Istituti clinici di Milano, un corso speciale post-universitario di ostetricia e ginecologia.

L'insegnamento verrà impartito dai professori Mangiagalli, Zenoni, Pugliese, Livini, Conte.

La tassa d'iscrizione è fissata in lire 30. Le domande debbono esser dirette all'Economato degli Istituti, via Commenda, 10, Milano.

Per la biblioteca medica di Tripoli.

Il professore Eduardo Germano, direttore dell'ospedale civile di Tripoli, affine di affrettare la realizzazione della nota iniziativa di dotare il corpo civile e militare delle nuove Colonie di una biblioteca medica, ha diretto ai presidenti gli Ordini sanitari di tutte le provincie d'Italia la seguente lettera:

« L'appello lanciato dal Consiglio direttivo « Pro biblioteca medica » a Tripoli è stato accolto dovunque con vero entusiasmo. Un comitato d'onore, composto d'illustri personalità, e

presieduto da S. E. il Governatore, spiega, con somma e confortevole alacrità, l'opera sua perchè sia raggiunto l'intento.

« Questo Consiglio, che si rivolge al Governo, alle Facoltà mediche, agli editori, agli Istituti per la beneficenza, non può dimenticare quale grandissimo ausilio verrà dai sanitari d'Italia, nei quali è così vivo il sentimento di colleganza e fratellanza. Perciò rivolgendosi alle presidenze degli Ordini medici rinnova il caldo appello perchè sia, cortesemente, spiegato il massimo interessamento e svolta un' azione presso i colleghi tutti a ciò contribuiscano con la offerta di opere o di denaro.

« La biblioteca medica, sorta con la collettività delle forze dei fratelli sarà degna di Italiani in novella Terra Italiana ».

Una seconda lettera egli diresse poi ai presidenti le Camere di commercio d'Italia, nella quale rileva come abbiamo risposto all'appello i rettori e i presidi delle Facoltà mediche delle Università, i sanitari, gli editori, gli Enti morali d'Italia. E aggiunge:

« Era quindi nostro dovere non tralasciare le Camere di commercio, sia perchè con i loro atti sempre si ispirano a sentimenti patriottici ed umanitari, sia perchè nei molteplici rapporti commerciali non possono, specialmente nelle Colonie, disinteressarsi dell'opera del medico che offre preziosissime indicazioni sulle condizioni igieniche, sanitarie, ecc., dei luoghi dove si spiegano e si possono esplicare operazioni commerciali.

Questo Consiglio, rivolgendosi perciò alla S. V. è certo che sarà spiegato un vivo interessament , per la biblioteca medica ». o

Un dono di Marconi all' Ospedale oftalmico d Torino.

Guglielmo Marconi, prima di lasciare Torino, dopo la gravissima operazione subita, ha voluto dimostrare con l'offerta di una generosa oblazione la sua riconoscenza per le cure e per i più delicati riguardi onde era stato fatto segno, in specie mercè l'opera assidua e affettuosa del prof. Baiardi che l'aveva operato.

Allo stesso professore, che richiesto da Marconi dell'ammontare delle sue competenze aveva risposto: « Nulla; sono troppo onorato di aver potuto essere utile a Lei, gloria della scienza italiana », Marconi rivolse la preghiera di essere accompagnato dal senatore conte San Martino di Valperga, presidente dell'Ospedale oftalmico. A lui, manifestando la sua profonda riconoscenza per le cure avute, annunziò che avrebbe fatto pervenire all'Amministrazione dell' Ospedale una elargizione di lire 10,000.

Museo della tubercolosi.

Il Consiglio degli Istituti ospitalieri di Milano ha deliberato di istituire presso l'Istituto anatomo-patologico dell'Ospedale Maggiore un museo della tubercolosi, riservandosi di convocare le rappresentanze degli enti interessati al funzionamento ambulante del museo per coordinare le diverse iniziative in proposito e distribuire le rispettive attribuzioni per il miglior raggiunginmento degli scopi di propaganda profilattica di tale utile ed importante istituzione.

Per gli studi e le pratiche occorrenti nominava una Commissione così composta: dott. Enrico Arienti, consigliere degli Istituti ospitalieri, dott. Ambrogio Tosi, medico direttore, dott. prof. Costanzo Zenoni, capo dell'Istituto anatomico-patologico, primari medici dott. Giuseppe Forlanini, dott. Camillo Hajech, dott. Francesco Denti, presidente dell' Associazione per la difesa contro la tubercolosi, e dott. Felice Cova.

La Commissione si è radunata all' Ospedale Maggiore, ed ha dato le opportune disposizioni per preparare tutto il materiale occorrente alla costituzione del museo, per il quale hanno dichiarato di voler prestare l'opera loro tutti i componenti della Commissione nella parte rispettivamente di loro competenza, riservandosi di fare il più vivo appello alle direzioni dei sanatori popolari e degli ospizi marini, alle cliniche ed agli enti interessati, per ottenerne la collaborazione fattiva.

Istituto italiano del radium.

E' stato inaugurato in Roma, al Corso Umberto I, n. 509, l'*Istituto italiano per le cure del radium*. Esso è il primo Istituto del genere che sorge in Italia. E' diretto da uno dei medici dei nostri ospedali, il dott. Bioglio, già assistente all'Istituto del radium di Parigi.

L'Istituto consta di tre sezioni: medica, chirurgica ed estetica. E' fornito dei preparati di radium necessari per ogni applicazione in medicina (radium puro, inalazioni di radium mediante l'inalatorio « Albradium » della Società generale del radium di Amsterdam, compresse, fanghi, bevande ed altri preparati radioattivi della medesima Società).

La sezione estetica è fornita altresì di tutto lo strumentario per la cosmesi del viso, del tronco, degli arti (massaggio manuale, strumentale, elettrico, pneumatico) ecc.

Alla inaugurazione erano presenti numerosi medici di Roma ed un gruppo notevole di signore. Hanno aderito i professori Degrais, Wickham, Belot, Barcat, Jullienne, Buret di Parigi; il professor Bajet di Bruxelles; i professori Mingazzini, Montenovesi, De Giovanni, ecc.

Al nuovo Istituto auguriamo un florido e prospero avvenire.

II Congresso internazionale per il pronto soccorso e la previdenza contro gli infortuni.

Si terrà a Vienna dal 9 al 13 settembre 1913, sotto l'Alto Patronato di S. A. I. e R. l'arciduca Leopoldo-Salvatore.

In conformità ad una deliberazione adottata al Congresso precedente di Francoforte, verrà costituito un Comitato internazionale permanente, che avrà il còmpito di centralizzare tutte le questioni concernenti il servizio di pronto soccorso e di fornire tutte le informazioni al riguardo.

Per qualsiasi informazione rivolgersi all'Ufficio del Congresso, il quale ha sede in Vienna, III, Radetzkystrasse, 1.

Le quote sono di 25 lire pei congressisti, di 12 per le persone di famiglia; sono da rimettere al tesoriere del Congresso, consigliere aulico Johann Thomas Wancura, Wien, I, Stephanplatz, 11.

Congresso internazionale di educazione fisica.

Si riunirà a Parigi dal 17 al 20 marzo 1913 sotto l'alto patronato di A. Fallières, presidente della Repubblica Francese, e di E. Loubet, ex-presi-

dente. Il Comitato promotore è presieduto da Gilbert, professore di clinica medica all' Hôtel-Dieu; segretario generale ne è il professore Weiss, dell'Accademia di medicina.

Il Congresso avrà luogo nella Facoltà di Medicina.

Questa manifestazione a favore dell'educazione fisica si annunzia magnifica.

Venti comitati sono già costituiti in altrettante nazioni.

Il Comitato promotore internazionale ha incaricato il senatore Luigi Lucchini di formare il Comitato italiano, che dovrà preparare l'intervento del nostro Paese ai lavori di quella importantissima riunione.

Il senatore Lucchini allo scopo ha riunito in una sala del Senato alcune notabilità del mondo politico, scolastico e sportivo che si sono occupate della educazione fisica in Italia. Egli venne eletto ad unanimità presidente del Comitato italiano.

Il Congresso internazionale di fisioterapia

è indetto a Berlino, dal 26 marzo al 3 aprile 1913.

In conseguenza non avrà più luogo nel 1913 il Congresso di fisioterapia dei medici di lingua francese.

Congresso internazionale per la tutela dell'infanzia.

Sarà convocato a Bruxelles nell'anno in corso. L'alto patronato è stato accolto dai sovrani del Belgio; la presidenza onoraria dai Ministri belgi dell'Interno, degli Esteri e della Giustizia.

Si è già tenuta a Bruxelles un'adunanza preparatoria, alla quale assistevano numerosi delegati stranieri.

Per due benemeriti.

Il circolo sociale « G. Ricciardi » di Foggia ha offerto all'on. Castellino e al prof. Germano una medaglia d'oro ed una pergamena, quale attestati di riconoscenza per l'opera prestata nella provincia dai due valenti sanitari durante l'epidemia colerica del 1911. La consegna è stata fatta solennemente all'on. Castellino; il prof. Germano era assente, perchè trattenuto a Tripoli dove egli regge la Direzione generale degli ospedali.

Ebbero anche luogo un banchetto ed una serata di gala.

Al medico provinciale di Torino.

La Sezione Pavese dell'Associazione Nazionale dei medici Condotti ha inviato a Torino una sua rappresentanza per consegnare in nome della sezione stessa una splendida medaglia d'oro al medico provinciale cav. dott. Giuseppe Sacchi, quale segno di perenne gratitudine per le molteplici benemerenze da lui acquistate verso la classe medica (che deve al cav. Sacchi l'adozione di un capitolato modello) e verso le istituzioni di pubblica beneficenza durante gli undici anni della sua residenza in provincia di Pavia.

Conferenze.

Nell'aula degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano, la dottoressa signora Lina Negri Luzzani ha tenuto una conferenza sulla « Etiologia e diagnosi della rabbia ».

La Negri ha emesso l'ipotesi che i corpi « di Negri », specifici della infezione rabbica, rappresentino diverse forme di un medesimo protozoo, che lascia intravedere un complesso ciclo evolutivo nel cui ultimo stadio si ha la forma di spore, in modo analogo a quanto succede in altri protozoi.

La dottoressa Negri-Luzzani ha illustrato la conferenza con numerose proiezioni

Il Municipio di Roma premiato.

La Giuria Generale dell' Esposizione Internazionale d' Igiene sociale, altamente apprezzando la notevole Mostra del Municipio di Roma, nei riguardi della vigilunza igienica, ha decretato con voto unanime di accordare al Municipio stesso il Gran Premio, per l'opera illuminata e moderna di cura e profilassi scolastica e per la organizzazione dei servizi di disinfezione.

Propaganda igienica.

Alla Sezione Veronese dell' A. N. M. C. che da quattro anni si occupa in modo organico della propaganda igienica sopratutto nelle campagne, fu conferito un *Diploma d'onore* dalla Giunta dell'Esposizione d'igiene sociale di Roma; inoltre sono premiati per la loro collaborazione i soci più attivi.

Furono conferiti: il *Diploma d'onore* al dottore Gio. Battista Percacini, presidente della Sezione; il *Diploma di medaglia d'oro* ai colleghi dottori: Franklin Vivenza di Villafranca Veronese; Valli Fermo di Grezzana; Severi Augusto di Legnago; Giusto Arturo di S. Zeno di Mont: Oppi Giulio di Sommacampagna; Fatuzzi Benedetto di Illasi; Stella Giuseppe di Verona; Peduzzi Plinio di Bardolino; Ferrari Silvio di Cà di David; Polettini Umberto di Vigasio; Maffezzoli Teodoro di Peschiera sul Garda.

Anche quest'anno la *Sezione* ha iniziato la campagna della propaganda igienica con un programma ampio, in cui hanno larga parte le conferenze con proiezioni.

La signora Garibaldi ved. Ganosa, di Valle Lomellina, per onorare la memoria del figlio dott. cav. Giovanni Ganosa, morto, giovanissimo, or sono pochi mesi, oltre a cospicue elargizioni al Comune e alla Clinica del Lavoro di Milano, faceva tenere alla presidenza delle Sezione Lomellina dei medici condotti la somma di lire cinquecento per provvedere all'acquisto di apparecchi di proiezione da utilizzarsi nelle conferenze igieniche che si vanno svolgendo con programma e con orario apposito, nelle Scuole elementari del circondario.

L'Associazione Sanitaria Tortonese svolse fin dall'anno scorso in Tortona un corso di conferenze d'igiene popolare, alle quali sempre convenne numeroso pubblico.

Hanno tenuto conferenze domenicali il professore Rabajoli e i dottori Rescia, Agosta, Stella, Raimondi, Carbone, Codevilla, i quali ebbero una ben meritata approvazione dal pubblico degli ascoltatori.

A Valeggio sul Mincio il medico condotto dottore Agide Delbue, nel palazzo scolastico, disse una apprezzata conferenza sul tema: « Microbi e infezioni », con proiezioni.

Nuovi giornali.

« Il Cimento », giornale di vita universitaria e professionale, avrà precipuamente lo scopo di promuovere le discussioni e i dibattiti sulla riforma dell'insegnamento universitario e post-universitario della medicina e di avvistare i rimedi più idonei ad arrestare la crisi che travaglia da qualche tempo le nostre facoltà mediche.

Si tratta di una quistione vitalissima nei riguardi professionali e che assurge oramai ad importanza sociale.

Il comitato di redazione è composto dei professori V. Capobianco, G. Cristalli, A. Lombardi, F. Matoni e dei dottori G. Dinella, F. Guglielmucci, V. Lenzi. La redazione ha sede a Napoli, Piazzetta Casanova a S. Sebastiano, 2-4.

« Le Nourrisson » sarà una rivista d'igiene e patologia della prima infanzia, diretta dal professore A. B. Marfan e redatta da valenti specialisti francesi. Comprenderà articoli originali, riviste generali ed analitiche, casistica ed articoli di pratica medica, formulari, *fiches* bibliografiche, notizie. Verrà edita da J.-B. Baillière et fils, Parigi.

Si annunzia l'apparizione di un nuovo giornale medico, *Kuracisto*, redatto in esperanto da medici di tutte le nazionalità. Comprenderà articoli scientifici originali e farà un posto notevole a questioni generali che possano interessare i medici di tutti i paesi.

Per informazioni rivolgersi al dott. Chybczynski, Varsovie (Russia), Rue Czopena, 1.

Ai nuovi confratelli sentiti auguri.

Società francese di Eugenetica.

Sotto la presidenza di Edmondo Perier, membro dell'Istituto di Francia, si è tenuto presso il Ministero del Lavoro a Parigi un'adunanza per costituire una Società analoga a quelle già esistenti in Germania e negli Stati Uniti per lo studio delle questioni relative al miglioramento delle generazioni future. È stata designata una Commissione per redigere lo statuto della futura Società.

Leggi sociali in Francia.

Il Parlamento Francese ha rifiutato di sanzionare le misure invocate da alcuni deputati — auspice il Reinach — contro l'alcoolismo, anteponendo così gl'interessi elettorali ai sacri interessi della nazione.

Il Senato francese ha votato ed approvato un disegno di legge del senatore Paul Straus « sulla assistenza alle madri ed ai poppanti », col quale viene istituita una cassa di maternità.

La morte di una suora benefica.

Si è spenta a Roma suor Giuditta, al secolo Laura Landi, colpita da un attacco di polmonite.

Ell'era ormai una veterana nell'esercizio della sua missione pietosa. Nata in Como settanta anni or sono, da quaranta si trovava a Santa Maria della Consolazione, preposta ai servizi di assistenza.

Animata da una fede schietta, da uno spirito di abnegazione infinito, ella s'era tutta consacrata agli infermi del suo nosocomio, dal quale non usciva che rarissime volte.

Quantunque logora, stanca, sfinita, suor Giuditta non tralasciò mai — neppure in questi ultimi tempi — di contribuire con ogni sua forza al regolare andamento dell'amministrazione.

Persecuzioni contro un medico.

Il dott. Francesco Cantelli, medico condotto a Fognano — frazione del comune di Brisighella (Ravenna) — aveva prestata la sua assistenza a un individuo il quale aveva riportato un calcio mortale da un cavallo.

Il suo intervento non sortì esito favorevole.

La popolazione gli fu subito contro, tanto che egli si vide costretto a lasciare il posto. Le persecuzioni non ebbero termine per questo. Un giorno anzi due fratelli del defunto si precipitarono nella di lui casa e lo percossero gravemente.

Il dottore ricorse alla giustizia.

Il Tribunale di Ravenna condannò in prima istanza i due assalitori a due mesi di reclusione, con la condanna condizionale, purchè fosse pagata una provvisionale di lire 500 alla parte civile.

Ma la Corte d'Appello ha ora ridotto la pena della reclusione ad un mese e limitato la provvisionale a lire 150.

A proposito del Congresso internazionale d'igiene e demografia (Washington).

A complemento della corrispondenza da noi pubblicata nel fasc. 5 dello scorso anno, diamo queste altre notizie.

I Congressisti italiani furono soltanto cinque: uno libero, il dott. prof. Giovanni Galli di Bordighera, e i quattro delegati seguenti:

1. Prof. Pagliani, rappresentante del ministero dell'Interno, il quale lesse la comunicazione del suo aiuto prof. Volpino sull'*anafilassi della pellagra*;
2. Prof. F. Testi, tenente colonnello medico R. E. e libero docente d'Igiene, per il ministero della Guerra;
3. Dott. M. Serrati, capitano medico R. M., rappresentante del ministero degli Esteri, che presentò una relazione sull'*assistenza sanitaria agli emigranti sui piroscafi*;
4. Prof. C. M. Belli, maggiore medico R. M., che presentò una relazione sull'*aria nei sommergibili immersi* e due comunicazioni: sulle *navi ospedali* e sull'*imbarco dei feriti* durante la guerra italo-turca.

Oltre a questi intervenne in una seduta il dottor. Caccini di New-York, che lesse la relazione del prof. Celli.

Nella seduta inaugurale parlò per l'Italia il prof. Pagliani e in quella di chiusura il professore Testi, entrambi applauditissimi.

Là dove, nella corrispondenza, si parla di un banchetto, deve dirsi invece « ricevimento ».

Il banchetto ufficiale fu offerto l'ultimo giorno dal Presidente della VIII Sezione, dott. Beyer, generale medico della marina, e furono invitati i rappresentanti di tutte le nazioni partecipanti al Congresso, da Rubuer della Germania a quello del Celeste Impero. Per l'assenza del prof. Pagliani, disse eloquentemente il brindisi di ringraziamento il prof. Testi, membro più anziano dei tre delegati italiani presenti.

Rassegna della stampa medica.

« Gaz. d. Hôp. », 2 e 5 nov. Horand, Puiellex e Morel. Disturbi deliranti d'origine tiroidea in un predisposto; operazione, guarigione.

« Mediz. Klinik », 3 nov. Matthes. La diagnosi della tubercolosi miliare. — Heine. Tubercolosi e tubercoline.

« Gazzetta degli Ospedali », 5 nov. Cantieri. Latte steroidato nel morbo di Basedow. 7 nov. Lombard Comite. Contributo alla cura del carcinoma.

« La Presse Méd. », 6 nov. Sicard e Dumarest. Gangliectomia rachidea dorsale. — Weill, Cardère e Dufourt. Anemia emolitica tubercolare.

« Jahreskurse f. ärztl. Fortb. », nov. Numero consacrato alle malattie dell'occhio, orecchio, gola, denti.

« Die Ther. d. Gegenw. », nov. Schlesinger. Sul morbo di Basedow acuto. — Rolly. Le nuove scoperte sieroterapiche in pratica. — Perthes. Sulla cura della tubercolosi ossea ed articolare.

« La Sem. Méd. », 6 nov. Widal, Weill e Laudat. La lipemia dei brightici.

« Wien Klin. Woch », 7 nov. Hamburger. Le malattie psicogene dei bambini. — Bauer. Patogenesi delle artropatie calciprive.

« Gaz. des Hôpitaux », 7 nov. Laumonier. I caratteri preadattivi.

« Deutsche mediz. Woch. », 7 nov. Strauss. Il compito del sale e dell'acqua nella nutrizione. — Strubell. La terapia dell'arteriosclerosi. — Junghaus. La terapia del reumatismo articolare. — Meuser. Reperti batterici nella psoriasi.

« Gazzetta medica Italiana », 7 nov. Sormani. L'eziologia della pellagra secondo la teoria di Raubitschek.

« La Rif. Med. », 9 nov. Pane. Studi sul vibrione di Koch.

« La Presse Méd. », 9 nov. Roger. Le funzioni del polmone. — Chalier e Bonnet. La nevrotomia del laringeo superiore nella disfagia dei tubercolotici. — Leroux. Ozena e tubercolosi.

« Gaz. des Hôpitaux », 9 nov. Weissenbach e Bonhoure. La spondilite tifica.

« Riv. di Patol. nerv. e ment. », 11 nov. Massalongo. Sullo « jaw-winking phenomen ». — Sanguinetti. Sull'insonnia dei psicopatici.

« Paris Méd. », 9 nov. Sicard. Sulla cura della nevralgia facciale e dell'emispasmo facciale. — Calvé e Lamy. Il metodo Abboth nella cura della scoliosi.

« Zbl. f. inn. Med. », 9 nov. Sowade. Rivista generale di dermatolagia e sifilodologia.

« Brit. med. Journal », « The Lancet », 9 nov. Flexner S. Sulla poliomielite — Lees. La diagnosi e la cura della tubercolosi iniziale.

« Med. Klinik. », 10 nov. Rumpf. Valutazione e cura delle malattie traumatiche del cuore e dei vasi. — Marcuse. L'atonia della prostata. — Begutachtung.

« Rivista critica di Clinica medica », 9 nov. Quadrone. Sulla fisiopatologia del diaframma.

« The Amer. Journ. of. Med. Sciences, nov. Grumer e Mullaly. Granulomatosi criptogenetica dello stomaco. — Collins e Armour. Epilessia jacksoniana da metastasi di ipernefroma nel sistema nervoso. — Gittings e Pemberton. Metabolismo nell'amiotonia congenita. — Morse. Il maltosio nell'alimentazione infantile.

« Le Bull. Méd. », 9 nov. Martin e Darré. L'anafilassi in sieroterapia.

« The Boston M. a. S. Journ. », 7 nov. Edsall. Lo studio clinico della respirazione.

« The Journal A. M. A. », 9 nov. Numero consacrato agli ospedali.

« L'Encéphale », 10 nov. De Castro. La sindrome tiro testicolo-ipofisaria. — Barbé. La psicosi allucinatoria tardiva degli alcoolisti. — Libert. Saggio nosologico sui deliri sistematici ragionanti.

« Rev. de Méd. », 10 nov. Leroux e Grundberg. Inchiesta sulla discendenza di 442 famiglie operaie tubercolotiche.

« Rev. de Chir. », 10 nov. Lapointe. Patogenesi e trattamento delle miositi traumatiche. — Gonngerot e Lévi-Farnkel. Sinovite sporotricosica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, *resp.*

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Patologia Speciale Chirurgica della R. Università di Roma

diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Produzione di stenosi dei grossi vasi mediante bandellette libere aponeurotiche e tendinee.

Ricerche sperimentali

FRANCESCO NASSETTI (1).

In un mio precedente studio sperimentale «sull'avvolgimento dei vasi con lembi liberi di aponeurosi», comunicato alla R. Accademia dei Fisiocritici (Siena) nella seduta del 26 aprile 1912 (7) venni a queste conclusioni: provocando mediante un lembo di aponeurosi libero una costrizione del calibro di un vaso, arterioso o venoso, è possibile creare stabilmente una stenosi con probabilità di un decorso progressivo fino a passare all'obliterazione. Lo scopo di queste ricerche era di trovare un metodo più razionale di quelli adoperati che servisse nel laboratorio per lo studio di importanti questioni come quelle riferentesi al circolo collaterale e quelle riguardanti la funzione di certi organi (per es. fegato) e potesse giovare nella clinica per la cura degli aneurismi. Accennai allora al laccio rilassato tem-

(1) Queste esperienze furono compiute nei mesi di settembre e ottobre 1912.

poraneo con fili di seta o fettuccie di cotone per evitare squilibri circolatori in certi organi e per favorire il circolo collaterale (Diel, Jordan, Doberauer), alla riduzione del calibro di grosse arterie con fili e lamine di alluminio (Halsted), all'applicazione perivasale di anelli di celloidina (Purpura). Circa 4 mesi dopo questa mia comunicazione compariva nel *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* (n. 257, luglio, Baltimora) una memoria di Halsted (3) in cui apprendevo come questo Chirurgo era venuto nel concetto di sostituire il filo e le lamine di alluminio come mezzo stenosante con tessuti « organizzabili ». In due cani operati il 29 aprile, in collaborazione con Goetsch e Jacobson, aveva ridotto il calibro dell'aorta con striscie prelevate dall'aorta di altri cani; con « delight and surprise » trovò che i lembi si erano organizzati e che persisteva la stenosi del vaso. Oggi, poichè con piacere constato che il metodo americano del stenosare l'arteria con materiale metallico, il quale fu da noi ritenuto inadatto, tende a perder terreno nella stessa Clinica ove ebbe origine, desidero, prendendo punto di partenza da un nuovo gruppo di ricerche, di insistere sui vantaggi che il metodo da noi studiato potrebbe avere su quello.

Sarò brevissimo nell'esposizione della tecnica e dei risultati perchè mi riservo di riferire per esteso in altra memoria quando tutto il programma delle indagini sarà compiuto; mi dilungherò invece un po' più a lungo nelle considerazioni.

ESPERIENZE.

Metodo di ricerca e tecnica usati. — Sperimentai su cani. I vasi scelti furono la carotide (mezzo del suo decorso), l'aorta (sotto e sopra le renali), la cava (sotto le emulgenti). Adoperai striscie di apouneurosi tolte dalla fascia lata, una sola volta una bandelletta prelevata dal tendine di Achille. Cingo il vaso con uno solo o con due giri e determino un certo grado di stenosi. Trattandosi di arterie, la grandezza del polso nella parte distale costituiva un segno molto prezioso. Con qualche punto di seta fisso gli estremi sì da impedirne lo svolgimento; ho in qualche caso fatto un nodo con gli estremi liberi della bandelletta, fissandolo pure con un punto di seta perchè non si svolgesse.

RISULTATI.

Esp. I. — Allacciatura stenosante dell'aorta subito sotto a. renali. Riduzione circa metà del calibro. Nessun disturbo immediato. Diarrea, sangue puro nelle feci dopo 3 giorni. Morte decimo giorno per apertura della ferita laparotomica. Vaso fortemente stenotico; nessun trombo.

Esp. II. — Stenosi, circa metà del calibro, dell'aorta sotto renali. Nessun disturbo nè immediato, nè successivo. Viene ucciso al 28° giorno. Lume dell'aorta ridotto a due terzi del calibro, pervio.

Esp. III. — Allacciatura stenosante della aorta cm. 1 ½ sotto renali. Riduzione di circa due terzi del lume. Leggera paresi temporanea. Polso femorale sempre piccolissimo. Gocce di sangue puro con le feci. Si sacrifica al 32° giorno. Esiste una fortissima stenosi con pervietà del lume.

Esp. IV. — Riduzione del calibro dell'aorta circa a metà, subito sotto le renali. Morte improvvisa al 10° giorno. Peritoneo inondato da sangue. Perforazione dell'aorta 1 ½ cm. sotto la stenosi in corrispondenza di un punto di di seta che avevo messo sulla parete del vaso per frenare l'emorragia di una collaterale strappata.

Esp. V. — Lieve riduzione del calibro della carotide destra. (È l'animale dell'esp. II). Si sacrifica dopo 28 giorni. Esiste una leggera stenosi; nessuna traccia di trombo.

Esp. VI. — Produzione di una stenosi, circa due terzi del lume dell'aorta 1 cm. sotto le renali. Polso femorale appena percettibile dopo lo sperimento; scomparso alla 3ª ora. Intensa dispnea. Paresi, poi paralisi, con raffreddamento, del treno posteriore. Morte alle 16ª ora C'è una stenosi fortissima. Tra le due superfici dell'intima, quasi poste in contatto, nessun trombo.

Esp. VII. — Riduzione del calibro dell'aorta circa due terzi, subito sotto il diaframma. Polso femorale piccolissimo. Leggera dispnea. Lievissima paresi. Dopo quattro ore paralisi e raffreddamento del treno posteriore. Muore dopo 23 ore. Aorta fortemente stenotica per combaciamento delle due superfici opposte.

Esp. VIII. — Riduzione, circa metà del calibro, della cava sotto le emulgenti. Nessun di-

sturbo; solamente un raffreddamento leggero temporaneo del treno posteriore. Vive ancora.

Esp. IX. — Stenosi dell'aorta, circa metà del calibro, mezzo centimetro sotto le renali. Polso alla femorale assai piccolo; resta tale anche dopo 22 giorni. Mai nessun disturbo. Vive ancora.

Esp X. — Riduzione del lume aortico, circa due terzi, sotto le renali. Polso femorale appena percettibile. Mai paresi, nè paralisi. Vive ancora (35 giorni).

Da questo gruppo di ricerche non è possibile ora trarre risultati definitivi poichè è relativamente breve il tempo (28-32 giorni) della durata dell'esperienza degli animali che furono sacrificati (*Esp. II, III, V*); agli animali che sopravvivono (*Esp. VIII, IX, X*) lascieremo anche parecchio tempo di vita perchè si possa completare in base ai reperti il nostro giudizio sull'esito lontano di questo speciale intervento. Morirono spontaneamente i cani delle *Esp. I, IV, VI, VII*; la causa fu varia; l'apertura della ferita con successiva infezione peritoneale (*Esp. I*), una perforazione dell'aorta in corrispondenza di un punto di seta fatto passare attraverso il vaso (*Esp. V*), l'obliterazione dell'aorta con i fatti di paralisi e di raffreddamento del treno posteriore (*Esp. VI, VII*).

CONSIDERAZIONI.

Raffrontando nella mia precedente memoria i due metodi, quello americano che fu innovato da Halsted (1909) (2) in base ad esperienze condotte in cani e quello da noi studiato, feci osservare come l'applicazione intorno alle arterie di fili e di lamine di alluminio costituiva una pratica tutt'altro che consigliabile. Ero venuto a questo concetto soprattutto per la considerazione dei fatti clinici di Matas e di Gatch, per quelli sperimentali di Matas e per aver appreso come nell'Ospedale John Hopkin (Baltimora), lo stesso Halsted aveva perduto un paziente causa i danni provocati dal metodo. Matas (1910) (4) in 58 pazienti in cui era necessaria la legatura della carotide o di una delle sue branche per aneurisma o per tumore, applicò circolarmente al vaso una laminetta di alluminio; aveva però avuto cura di lasciarla temporaneamente allo scopo di evitare lesioni gravi delle pareti. In uno studio sperimentale successivo condotto su cani (1911) (5), constatò che tali lamine non potevano restare in sito più di 3-4 giorni, altrimenti comparivano gravi lesioni delle tuniche vasali. Questi risultati egli confermava in altra memoria in collaborazione con Allen (1911) (6) sulla base di nuove ricerche di laboratorio e di una esperienza clinica. Nei due pazienti in cui Gatch (1911) (1) stenosò l'aorta addominale affetta da aneurisma con una lamina di alluminio e che erano venuti a morte dalla 3ª alla 4ª settimana, la parete vasale mostrò lesioni abbastanza evidenti. Un malato di Halsted (1911) (3) di aneurisma aortico, in cui era stata applicata una laminetta metallica, morì improvvisamente per rottura dell'aorta « dovuta probabilmente all'atrofia della parete arteriosa malata e al taglio (*cutting*) della lamina ». I lembi di aponeurosi da noi adoperati per stenosare i vasi rappresentano di fronte alle lamine di alluminio un materiale con tutta probabilità molto preferibile; in questi ultimi anni si è fatto di essi largo uso nei più svariati interventi; nella sala operatoria del Prof. Alessandri ho avuto la fortuna di vederli varie volte prelevare ed usare a vari scopi. Rappresentano un materiale autoplastico facile ad ottenersi dallo stesso individuo e talora anche dalla stessa breccia operatoria; la speciale tessitura, la grande resistenza, un certo grado di elasticità sono condizioni pel nostro scopo favorevolissime. Potranno forse corrispondere anche lacinie tendinee; di esse non ho ancora esperienza sufficiente. Non credo avran fortuna nel caso speciale, i tessuti prelevati da altri individui. Di queste ultime ricerche non posseggo ancora osservazioni istologiche; ricorderò che nelle prime vidi l'innesto aponeurotico subire a grado a grado delle alterazioni e venir invaso e sostituito da connettivo neoformato. Questo fatto, dissi, mi spiegava come in alcuni casi si fosse accentuato, dopo un certo periodo di tempo, il grado della stenosi.

L'applicazione di un laccio stenosante aponeurotico o in genere di tessuto autoplastico (tendini, vene, ecc.) potrebbe forse con qualche vantaggio tentarsi per la cura di quegli aneurismi, in cui non è possibile nè l'asportazione nè la legatura del vaso, a monte di essi. Pigliando come esempio l'aneurisma dell'aorta addominale espressi questo concetto: per il rallentamento della velocità del sangue e per l'indebolirsi della pressione al disotto della ste-

nosi potremmo veder arrestata nella sua espansione la sacca dell'aneurisma e favorita la deposizione sulla sua superficie di strati trombotici i quali dopo la sostituzione connettivale ne rafforzano la parete. Nè il metodo italiano dell'introduzione delle lamine e dei fili metallici (Baccelli) oggi ritornato di moda in America, nè l'aneurismorrafia alla Matas potrebbero tornare più vantaggiosi.

Sarebbe anche da tentarsi, qualora le circostanze lo permettessero, di applicare intorno ad un aneurisma o ad una sua parte, non suscettibili di asportazione, robusti lembi di aponeurosi per conferire alla parete maggiore resistenza e solidità. A questo proposito però già ebbi occasione di far notare che per la tendenza che ha l'innesto di esser invaso e sostituito da connettivo neoformato forse non si verrebbe che incompletamente ad impedire alla sacca di espandersi e di rompersi. Con lo sperimento, dato che si riuscisse a determinare dilatazioni aneurismatiche, si potrebbe portare grande contributo a questa interessantissima questione.

Al di fuori del campo degli aneurismi, la produzione di una stenosi di un vaso che avesse un decorso progressivo, potrebbe forse sostituire vantaggiosamente la semplice legatura, talora così pericolosa per l'infarto, e precisamente quando si voglia arrestare in un organo (polmone) la diffusione di un morbo mediante quello stato di sclerosi che è la conseguenza della diminuita irrorazione sanguigna.

BIBLIOGRAFIA.

1. GATCH. *The treatment of the abdominal aorta by partial occlusion of the aorta with the metallic band. The effect upon the urinary secretion of this procedure.* Ann. of surg., LIV, 1911, p. 30.
2. HALSTED. *Partial, progressive, and complete occlusion of the aorta and other large arteries in the dog by means of the metal band.* Journ. of experim. med., XI, 1909, p. 373.
3. HALSTED. *The effect of ligation of the common iliac artery on the circulation and function of the lower extremity. Report of a cure of ilio-femoral aneurism by the application of an aluminum band to that vessel.* Bull. of the J. Hopkins Hosp., XXIII, 1912, p. 191.
4. MATAS. *Some of the problems related to the surgery of the vascular system.* Transact. of the Amer. surg. Assoc. LV, 1910.
5. MATAS. *Testing the efficiency of the collateral circulation as a preliminary to the occlusion of the great surgical arteries.* Ann. of surg., LII, 1911.
6. MATAS and ALLEN. *Occlusion of large surgical arteries with removable metallic bands to test efficiency of the collateral circulation.* Journ. of the Amer. med. Assoc., LVI, 1911.
7. NASSETTI. *Avvolgimento di vasi sanguigni con lembi liberi di aponeurosi.* Atti R. Accad. dei Fisiocritici in Siena. IV, 1912, pag. 259

Roma, novembre, 1912.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Le paralisi radicolari del plesso brachiale.

(N. OECONOMOS. *Gazette des Hôpitaux*, 1912, n. 111).

Si comprendono sotto il nome di paralisi radicolari del plesso brachiale quelle dipendenti dalla lesione delle radici midollari di questo plesso sia nel tragitto intrarachideo, sia nella porzione extrarachidea compresa tra i forami di coniugazione e la anastomosi in plesso delle radici stesse.

Ciò che caratterizza le paralisi radicolari si è che esse non sono rispondenti alla distribuzione di un nervo determinato, ma sono in rapporto a fibre nervose appartenenti a diversi tronchi nervosi, e ciò perchè ciascun nervo è costituito da fibre provenienti da varie radici.

A parte ciò, le paralisi radicolari hanno tutti i caratteri delle paralisi periferiche: atrofia muscolare, reazione degenerativa, disturbi trofici e vasomotori della pelle, abbassamento della temperatura locale, adiposi sottocutanea, anchilosi fibrosa, perdita della reazione sudorale, disturbi della sensibilità, ecc.

L'A. descrive minutamente l'anatomia del plesso brachiale; noi qui ricorderemo solamente che alla composizione del plesso brachiale concorrono le branche anteriori delle ultime quattro radici cervicali e della prima dorsale. Tali radici, dopo essersi due volte anastomizzate fra loro in modo da formare dapprima tre tronchi primari e successivamente tre tronchi secondari, vanno a formare i tronchi nervosi propriamente detti o branche terminali del plesso e col seguente ordine: il tronco secondario superiore dà origine al nervo

muscolo-cutaneo ed alla radice esterna del mediano; il tronco secondario medio al circonflesso ed al radiale; il tronco secondario inferiore alla branca interna del mediano, al cubitale, al brachiale cutaneo interno ed al suo accessorio.

Le branche collaterali del plesso brachiale sono: il nervo del romboide, dell'angolare; il nervo soprascapolare, sottoscapolare superiore, medio ed inferiore; il nervo del grande e piccolo pettorale, del grande dorsale, del grande rotondo, del grande dentato e del succlavio.

Il territorio d'innervazione sensitivo pel plesso brachiale comprende tutto l'arto superiore, salvo la parte acromiale della spalla riservata al plesso cervicale, e la faccia interna del braccio innervata anche dal 2° e 3° intercostale.

Per bene intendere le paralisi radicolari convien conoscere la localizzazione radicolare motrice e sensitiva, ossia conoscere i territori innervati da ciascuna radice in particolare. Approssimativamente può dirsi che il quinto e sesto paio forniscano fibre motrici al gruppo di Erb, ossia ai muscoli deltoide, brachiale anteriore, coraco-brachiale e lungo supinatore; il settimo e l'ottavo paio ai muscoli innervati dal radiale; il primo dorsale ai muscoli innervati dal mediano e dal cubitale.

La localizzazione radicolare sensitiva invece non corrisponde alla disposizione topografica dei singoli nervi periferici, ma si dispone sotto forma di striscie longitudinali parallele all'asse dell'arto, di cui attualmente se ne ammettono quattro: una radiale che percorre il bordo esterno dell'arto e che è sensibilizzata dalla quinta radice cervicale; una cubitale che percorre il bordo interno del braccio ed è sensibilizzata dalla ottava radice cervicale e dalla prima dorsale; e due mediane, l'una anteriore e l'altra posteriore, che a loro volta si dividono in tre striscie più strette rispettivamente sensibilizzate dalla sesta, settima ed ottava cervicale.

In quanto alla localizzazione midollare delle radici, ora si tende ad ammettere che essa non è nè nervosa, nè muscolare, nè segmentaria, in quanto che le radici provengono da nuclei situati l'uno al di sotto dell'altro in tutta l'altezza dell'asse grigio midollare.

Per la comprensione infine della sintomatologia delle paralisi radicolari del plesso brachiale è indispensabile conoscere la fisiologia dei rami comunicanti col simpatico cervicale, la fisiologia del nervo vertebrale In questi rami trovansi delle fibre destinate all'iride, fibre che nascono dal midollo, passano nel ganglio cervicale attraverso la prima radice dorsale e rimontano sempre per il simpatico fino al bulbo oculare.

In quanto a frequenza, può dirsi che le paralisi radicolari del plesso brachiale sono piuttosto rare.

Le più frequenti sono quelle dovute a cause traumatiche, che possono essere dirette ed indirette.

Le paralisi traumatiche dirette possono essere determinate da lesioni delle radici prodotte da strumenti puntuti, da colpi d'arma da fuoco: in tali casi ordinariamente sono lese le radici alte.

I traumatismi che, agendo indirettamente, producono la paralisi radicolare del plesso brachiale sono più importanti e diversi:

1° Traumatismi della regione della spalla: cadute sul moncone della spalla, e traumatismi ripetentisi abitualmente in rapporto ordinariamente al mestiere del soggetto.

2° Traumatismi del braccio: trazione del braccio, cattive posizioni del braccio mantenute per un tempo più o meno lungo (paralisi radicolari che sopravvengono dopo una anestesia cloroformica, durante le quali il braccio sia mantenuto in posizione forzata di adduzione ed elevazione: paralisi che si producono dopo un lungo sonno, durante il quale il braccio sia tenuto dietro la testa).

3° Lussazioni della spalla.

4° Fratture della clavicola.

5° Traumatismi verificatisi durante le manovre ostetriche nei parti distocici.

Per spiegare la produzione delle paralisi radicolari del plesso brachiale, conseguenti a traumatismi indiretti, si sono enunciate parecchie teorie, delle quali la più rispondente al meccanismo di formazione della lesione delle radici è quella della distensione o elongazione radicolare, o radico-midollare, che d'altra parte è applicabile a tutte le varietà delle paralisi traumatiche indirette. Questa teoria poggia sull'anatomia del plesso, sulle esperienze cadaveriche, sui fatti anatomo-patologici e clinici.

Nei traumatismi semplici della spalla si verifica un abbassamento forzato della spalla o una elevazione del braccio in adduzione. Nell'uno e nell'altro caso si ha uno stiramento delle radici del plesso, sopratutto della quinta e sesta cervicale, una compressione della prima radice dorsale sulla prima costola, e quando il traumatismo

è grave la rottura intrarachidea delle prime tre radici cervicali e la disgregazione istologica della prima dorsale.

Nelle fratture della clavicola non è la frattura per sè stessa, per i suoi frammenti o per il suo callo che produce la paralisi, ma è sempre il traumatismo iniziale, l'abbassamento brusco della spalla che contemporaneamente produce la frattura e la lesione radicolare.

E così, nelle lussazioni della spalla sono i due movimenti che producono la lussazione, quelli che parallelamente determinano la lesione delle radici: che d'altra parte può essere anche provocata dai movimenti fatti per ridurre una lussazione.

Le paralisi radicolari ostetriche, che si producono nella maggior parte dei casi nei parti laboriosi, ripetono la loro origine da un abbassamento della spalla e da un iperelevazione della stessa, posizione determinata dalle manovre manuali o strumentali per la estrazione del feto.

Le paralisi radicolari del plesso brachiale non determinate da traumatismi, sono assai meno frequenti, esse sono dovute a:

1° nevriti tossiche o infettive, che si manifestano nel corso o dopo la dissenteria, il tifo, l'influenza, la pulmonite, gli avvelenamenti, ecc.; e nevriti apoplettiformi, ossia neuriti degenerative consecutive ad una emorragia del plesso;

2° lesioni meningee e vertebrali: tubercolosi meningo-vertebrale, pachimeningite cervicale ipertrofica, sifilide e tumori delle meningi;

3° lesioni extrarachidee: tumori della regione clavicolare e sottoclavicolare.

Le lesioni anatomo-patologiche delle paralisi radicolari sono poco studiate, a causa della rarità delle autopsie. Nelle paralisi traumatiche l'intensità delle lesioni dipende dalla intensità del traumatismo; dalla semplice rottura di qualche fibra può giungersi alla completa rottura del fascio nervoso. Le lesioni più frequenti sono: rotture di capillari, suffusioni ematiche, rotture parziali del cilindrasse e della guaina mielinica; lesioni paranervose dovute all'irritazione del tessuto connettivo che reagisce sotto forma di sclerosi inguainante. Nelle paralisi non traumatiche si trovano le lesioni proprie della malattia causale, mentre le radici subiscono la banale degenerazione walleriana.

Dal punto di vista sintomatologico possono distinguersi due periodi: quello d'inizio e quello di stato.

Il periodo di inizio è molto vario, a seconda la causa e la diffusione della lesione. Può essere brusco ed accompagnato da dolore quando la paralisi è consecutiva ad una caduta violenta sulla spalla; lento quando le radici sono lentamente e progressivamente compresse da una tumefazione. Nel periodo di stato si descrivono tre varietà principali di paralisi radicolari:

1. *Paralisi radicolare superiore (tipo Duchenne-Erb).* — Corrisponde alla lesione della quinta e sesta radice cervicale. I muscoli paralizzati sono il bicipite, il deltoide, il brachiale anteriore ed il lungo supinatore. Sono in parte e non sempre compromessi il gran pettorale, il sottospinoso, il grande dorsale, il grande rotondo, il grande dentato ed il corto supinatore.

L'arto superiore resta immobile ed abbassato lungo il corpo in adduzione e rotazione interna; l'avambraccio è esteso e la mano nell'attitudine di pronazione con flessione delle dita.

L'abduzione dell'arto è impossibile, o quanto meno è molto limitata; la flessione e la supinazione dell'avambraccio è abolita.

L'anestesia è incostante: quando esiste occupa il campo di distribuzione del circonflesso, del radiale e del muscolo cutaneo, o più esattamente è costituita da una striscia longitudinale mediana sulla faccia posteriore ed anteriore del braccio e di una sul bordo esterno dell'avambraccio.

2. *Paralisi radicolare inferiore o paralisi del tipo Klumpke: paralisi con sindrome simpatica.* — È molto rara. Può essere primitiva o succedere ad una paralisi radicolare totale. Interessa la settima ed ottava radice cervicale e la prima dorsale. I muscoli paralizzati sono quelli dell'eminenza tenare ed ipotenare, i lombricali, gli interossei ed i flessori delle dita. Sono quindi aboliti i movimenti di flessione, adduzione o abduzione ed opposizione del pollice e del mignolo; i movimenti di lateralità delle dita, che sono in parte possibili quando si contraggono gli estensori comuni e propri delle dita; i movimenti di flessione della prima falange e di estensione della seconda e terza falange.

L'aspetto della mano, se la paralisi è incurabile, e termina con l'atrofia dei muscoli, è quella tipica di Aran-Duchenne dovuta alla iperestensione delle prime falangi, alla flessione esagerata delle seconde e terze falangi. Questa deformazione può combinarsi con l'attitudine della « mano di predicatore ».

L'anestesia, quando esiste, occupa la metà interna della mano, dell'avambraccio e la faccia interna del braccio.

Ciò che caratterizza la paralisi radicolare inferiore è la sindrome simpatica oculo-pupillare descritta da Klumpke, dovuta ad una lesione del simpatico cervicale, ossia del ramo comunicante emesso dalla prima radice dorsale all'uscita del foro di coniugazione.

La sindrome consiste in miosi, restringimento della rima palpebrale, infossamento del globo oculare. Talora, e specialmente quando sono lesi il 2° o 3° ramo comunicante dorsale si hanno disturbi trofici e secretori allo stesso lato: appiattimento della guancia, diminuzione delle lagrime, secchezza della pelle, diminuzione dell'apertura della narice.

3. *La paralisi radicolare totale* è più rara ancora, il più delle volte non è che transitoria ed è succeduta da uno dei due tipi parziali. È quasi sempre di origine traumatica.

Per effetto di questa paralisi l'arto superiore pende inerte, flaccido in pronazione, la palma della mano guarda indietro ed in fuori.

Tutti i movimenti totali e parziali dell'arto sono aboliti: solo può esistere talora movimento di elevazione della spalla, dovuta al fascio superiore del trapezio innervato sullo spinale.

L'anestesia occupa per lo più tutto l'arto superiore, ma è sempre risparmiata una zona nella parte supero-interna del braccio, che è innervata dal 2° e 3° intercostale

La sindrome oculo-pupillare è quasi sempre presente.

È stata notata infine una spiccata ipotensione nei vasi dell'arto paralizzato.

Insieme ai disturbi della motilità, della sensibilità ed oculo-pupillari le paralisi radicolari totali e parziali sono accompagnate dai sintomi comuni a tutte le lesioni nevritiche: abolizione o semplice diminuzione dei riflessi; diminuzione di volume delle masse muscolari, che dànno un aspetto caratteristico alle varie parti dell'arto; anomalie della reazione elettrica; disturbi trofici.

Dal punto di vista della diagnosi differenziale bisogna anzitutto non confondere la paralisi radicolare totale d'origine traumatica con la impotenza dell'arto superiore determinata da una lesione articolare ossea, ossia con la immobilizzazione volontaria dell'arto allo scopo di evitare il dolore in casi di frattura della clavicola e del collo dell'omero o di lussazione della spalla.

La monoplegia isterica del braccio, che può talora manifestarsi dopo un trauma, si distingue dalla paralisi radicolare perchè non appare mai immediatamente dopo il trauma, ma dopo un periodo di incubazione più o meno lungo; essa è talora fugace e scompare facilmente sotto l'influenza dell'auto suggestione o del *transfert;* nella paralisi isterica mancano i disturbi della tonicità; l'anestesia risale fino alla radice dell'arto, dove si arresta bruscamente, in forma di manica d'abito, mentre nella lesione del plesso rispetta la faccia interna del braccio; nella maggioranza dei casi mancano i disturbi della reazione elettrica ed amiotrofici; d'altra parte negli individui affetti da paralisi monoplegiche isteriche non è difficile trovare altre stimmate isteriche e spesso al punto traumatizzato esiste una zona spasmogena la cui compressione produce una crisi isterica convulsiva.

La distinzione dalle paralisi monoplegiche determinate da focolai cerebrali è facile perchè oltre che dalle altre manifestazioni cerebrali (afasia, epilessia) esse sono accompagnate da contratture, a suo tempo da esagerazione dei riflessi tendinei, e perchè manca l'amiotrofia e l'anestesia scompare presto.

Le monoplegie in rapporto alle polomieliti anteriori acute si differenziano dalle paralisi radicolari perchè hanno un inizio febbrile, non sono accompagnate da disturbi sensitivi, e dai sintomi oculo pupillari, si localizzano a certi gruppi muscolari che si atrofizzano in massa.

La siringomielia sarà riconosciuta dalla dissociazione sensitiva, dalla esagerazione dei riflessi tendinei, dalla gravità dei disturbi trofici delle dita, dalla esistenza della cifo-scoliosi.

La paralisi dovuta ad ematomielia è raramente limitata al solo arto superiore, la sua evoluzione è breve e la sopravvivenza dell'individuo eccezionale.

La paralisi interessante il dominio di un solo nervo non può essere scambiata con una paralisi radicolare, ma quando una lesione colpisce insieme tutti i fasci nervosi partenti dal plesso brachiale o il plesso stesso allora il quadro sintomatologico è identico, ed una distinzione in tale caso è possibile solo se si tratta di un processo nevritico, che è accompagnato da dolori spontanei o provocati dalla pressione sui nervi.

La paralisi redicolare doppia a tipo superiore può confondersi con l'atrofia muscolare a tipo facio-scapolo-omerale di Landouzy-Déjerine, per

quanto in questa manchino i disturbi della sensibilità, la reazione degenerativa e per quanto la paralisi si manifesti in conseguenza dell'atrofia dei muscoli, alla quale è proporzionale.

La paralisi spinale subacuta di Duchenne in primo tempo può simulare una paralisi radicolare, ma ben presto l'atrofia e la paralisi si diffondono ai muscoli del tronco e della respirazione producendo la morte del malato.

La poliomielite cronica e l'amiotrofia mielopatica a tipo scapolo-omerale di Vulpian è caratterizzata dalla lenta evoluzione, dalle contrazioni fibrillari, dal decorso progressivo.

La sclerosi laterale amiotrofica si distinguerà per l'esagerazione dei riflessi tendinei, per la esistenza dei disturbi bulbari, dei tremori fibrillari, per il decorso rapido e progressivo.

Le amiotrofie riflesse che sopravvengono dopo una lesione articolare si distinguono per l'assenza della reazione degenerativa e per la spiccata esagerazione dei riflessi tendinei.

L'intossicazione saturnina può realizzare sia per nevrite sia per lesione centrale una sindrome uguale a quella della paralisi radicolare superiore, ma gli antecedenti del malato ed i sintomi concomitanti assicureranno la diagnosi.

Le paralisi radicolari inferiori possono avere un quadro sintomatologico analogo a quello delle amiotrofie mielopatiche, della sclerosi laterale amiotrofica, della paralisi infantile, della siringomielia, dell'ematomielia cervicale, delle lesioni dei nervi, delle nevriti professionali e periferiche, dell'amiotrofia tipo Charcot-Marie, ecc., ma oltre che per il decorso o per i sintomi concomitanti si potrà farne una netta distinzione per la presenza della sindrome oculo-pupillare.

La cura di un infermo affetto da paralisi radicolare dovrà essere metodica per essere efficace.

Nelle paralisi radicolari non traumatiche bisogna innanzi tutto stabilire la natura del processo che ha determinata la lesione delle radici, per poi combatterlo con gli adatti medicamenti.

La cura della paralisi in sè è sopratutto elettrica.

È stata tentata, e con successo, la sutura delle radici rotte, la liberazione dei fasci nervosi da cicatrici comprimenti, la resezione e la sutura dei fasci stessi; si è infine praticato l'impianto dei nervi muscolo-cutaneo e circonflesso paralizzati sui nervi mediano e radiale sani.

G. DRAGOTTI.

CHIRURGIA.

La cura chirurgica delle malattie del polmone.

(HARTMANN, *Presse médicale*, 27 aprile 1912).

La chirurgia polmonare solo in questi ultimi venti anni ha fatto un relativo progresso, temendosi in passato un intervento sul torace per il timore di pneumotorace, o di un processo infettivo nella pleura aperta, e per le difficoltà di una diagnosi precisa. Queste sono oggidì ridotte notevolmente con i nuovi mezzi di indagine: radioscopia, radiografia, stereoradiografia. Per evitare l'infezione della grande cavità pleurica si segue il principio, diggià adottato nella chirurgia addominale, di operare in focolaio limitato in una zona circoscritta da aderenze; queste del resto in un gran numero di casi preesistono alla operazione. Ad evitare il pneumotorace e l'afflosciamento consecutivo del polmone per l'apertura della pleura sono introdotte nella pratica le camere operatorie pneumatiche ad ipopressione (Sauerbruch) o con apparecchi inalatorii ad iperpressione (Tuffier, Hallion, Quénu, Brauer, e poi Vidal, Janewai, Tiegel, Mayer, Shoemaker). Ad evitare il pericolo del vomito durante l'anestesia, si è ultimamente unito l'apparecchio ad iperpressione al tubage laringeo. Più recentemente ancora Meltzer ha dimostrato che l'insufflazione intratracheale sotto pressione basta per assicurare l'ematosi. Egli introduce nella trachea un tubo di caoutchouc di diametro uguale alla metà di quello del condotto aereo, fino alla biforcazione dell'organo nei due tronchi, e quindi lo ritira di 3 o 5 centimetri, poi vi fa passare una corrente continua di ossigeno sotto una pressione di 8-12 millimetri di mercurio. Il polmone rimane *immobile* in distensione media, e gli scambi respiratori sono sufficienti.

Per combinare la narcosi con l'insufflazione basta fare gorgogliare l'ossigeno nel liquido anestetico.

Del resto il danno del pneumotorace è lontano dall'essere così grande come si credeva: si apra lentamente la pleura, facendovi una piccola apertura, in modo che l'aria vi penetri lentamente, e si eviteranno tutti gli accidenti attribuiti a torto al pneumotorace.

Nelle operazioni sul torace occorre mettere il malato col tronco elevato, e in decubito sul lato malato, ed in primo tempo ricorrere all'anestesia

locale. Si sospenderà in ogni modo la anestesia generale a pleura aperta, perchè le manovre sul polmone sono indolori.

Il primo tempo negl'interventi sul polmone è dato dalla toracotomia: questa può limitarsi alla resezione di una costa od estendersi a quella di 4-6 coste per 4-6 centimetri di lunghezza, ed i tagli possono essere fatti sia parallelamente, sia perpendicolarmente alle coste, sia con lembi ad L, T, U. Si può, per evitare la retrazione del polmone, come consiglia Picot, fissare con due punti di catgut il polmone ai due estremi della costa resecata — e quindi è buon consiglio fare una puntura esplorativa prima di aggredire il polmone. Si farà la pneumotomia dopo di essersi assicurati che i foglietti pleurici siano aderenti fra loro; in caso contrario si sutureranno con un sopragitto tutt'intorno al segmento di polmone scoperto. Il polmone si può aprire col bistouri se si presenta duro e povero di vasi; se è molle e fortemente vascolarizzato è più prudente usare il termocauterio, senza mai spingerlo troppo profondamente, ed affondarlo lentamente in modo da potere pinzettare e legare eventualmente i vasi sezionati.

Si può pure aggredire il polmone con un istrumento smusso o col dito (Lejars). Questo dovrà sempre adoperarsi per aiutare alla ricerca di eventuali diverticoli; si eviteranno poi lavaggi, e si useranno tamponi montati per ripulire la cavità o le cavità. Infine si porrà un tampone di garza iodoformica Quale cura consecutiva occorre sorvegliare il drenaggio, ed impedire che la ferita toracica si chiuda più presto di quella polmonare. La più seria complicazione è data da emorragie secondarie, specie negli interventi per gangrena. Bisogna in questo caso andare alla ricerca del vaso sanguinante per legarlo. Quali altre complicazioni dovute alla operazione si debbono considerare la pleurite purulenta per insufficienza delle suture pleuriche, la polmonite settica da infezione dovuta alle secrezioni bronchiali.

La *pneumectomia* (Gluck e Biondi) è facile quando si tratta di asportare tutto un lobo; è pure di non difficile tecnica quando si voglia portar via un intero polmone. La vita è compatibile anche con un solo polmone funzionante. Ad evitare accidenti occorrerà legare separatamente tutti i diversi organi contenuti nell'ilo polmonare.

Vi ha poi una serie di operazioni che servono a provocare il collasso del polmone (*Collapsthe-rapie* dei tedeschi), Il mezzo più semplice è dato dal pneumotorace artificiale (Murphy, Forlanini). Vi ha poi la toracoplastica, sopratutto praticata da Friedrich, che consiste nel dissossamento del torace. È buona pratica in tale intervento prima di resecare 6-8 coste, distaccare dalle medesime il periostio posteriore, per conservarlo, e di fissare fra loro i muscoli intercostali per evitare che il mediastino prema sul polmone sano, e l'aspirazione della parete ad ogni inspirazione. Per determinare l'afflosciamento di cavità polmonari limitate Tuffier ha introdotto lo scollamento sottopleurico del tessuto adiposo con risultato eccellente. Un altro mezzo consiste nella legatura dei vasi polmonari. Questa provoca una proliferazione connettivale intorno ai bronchi, e quindi la trasformazione del polmone in tessuto fibroso (Bruns e Sauerbruch).

In alcune circostanze è indicato di cercare con una operazione di rendere alle coste la mobilità che loro manca. Un tale intento si può ottenere: 1° con la rottura dell'arco costale superiore in corrispondenza della cartilagine e con l'interposizione tra i due monconi cartilaginei di un lembo muscolare preso dal gran pettorale; 2° colla resezione delle cartilagini costali dalla 2ª fino alla 4ª o 5ª per due o tre centimetri di lunghezza (operazione di Freund) ed interposizione tra i frammenti di lembo muscolare preso dal gran pettorale; 3° colla creazione di una articolazione mediosternale, tagliando trasversalmente lo sterno tra la 2ª e la 4ª cartilagine costale (Hirschberg).

Negli *ascessi e nella gangrena polmonare* occorre praticare la pneumotomia, a cui occorre aggiungere, nei casi cronici, per la presenza di pareti sclerotiche e rigide, una resezione costale assai estesa, una escissione della pleura ispessita, e aprire largamente il parenchima polmonare.

Nelle *bronchiettasie* si può ricorrere alla pneumotomia; quando però, come accade di sovente, le dilatazioni bronchiali sono multiple, si è fatto ricorso alla toracoplastica, o alla resezione del lobo inferiore polmonare (Heidenhain) quando questo è quello colpito.

Nelle *cisti idatidee* deve rigettarsi la puntura e la consecutiva iniezione di liquido antisettico per la morte che può seguire immediatamente alla operazione, e per l'infezione consecutiva; si ricorrerà invece alla pneumotomia, all'apertura larga della cisti per vuotarla completamente, alla marsupializzazione ed al drenaggio, o suturando immediatamente la cavità di enucleazione.

Nella *tubercolosi* la pneumectomia è da rigettare per l'alta mortalità che produce (Ruggi, Krönlein, Bloch, Babcock); la pneumotomia può dare miglioramenti, ma più spesso aggiunge alla preesistente tubercolosi una fistola. Migliori risultati dànno invece le operazioni atte a modificare i movimenti respiratorii del torace e dei polmoni, o aumentandoli per l'apice polmonare colla creazione di una pseudoartrosi a livello della prima cartilagine costale (Kausch, Borgherini, Seidel), od al contrario abolendoli e facendo afflosciare il polmone mediante il pneumotorace artificiale Forlanini, Potain, Murphy), o colla pneumopleurolisi di Friedrich, che si ottiene con una molto vasta resezione della cavità toracica.

Nell'*enfisema*, in cui si può pensare che la malattia non dipenda da alterazione del polmone, nè da sua diminuita elasticità, Freund ha pensato alla resezione delle cartilagini della 2ª, 4ª, 5ª costa, quando si riconoscano queste aumentate in lunghezza, altezza e spessore irregolarmente deformate, spesso in parte calcificate, e meno elastiche del normale.

Nell'*actinomicosi* oltre alla cura di ioduro potassico, si ricorrerà alla pneumectomia. Nella *embolia polmonare* Trendelenburg, resecando la seconda costa sinistra, aprendo il pericardio, stringendo con un laccio elastico l'aorta e l'arteria polmonare, ed aprendo quest'ultima, ha estratto il coagulo, e quindi ha suturato l'arteria senza incidenti. Ma nella pratica i risultati (cinque casi) sono stati disastrosi. G. QUARTA.

Tentativi di cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

(MAUCLAIRE. *Le Bull. médic.*, n. 54, 1912).

Si è voluto subito applicare alla tubercolosi polmonare il metodo della *stasi iperemica di Bier*, valendosi della maschera di Kulm (Meyer di New York). Questo metodo è ora caduto nell'oblio.

Le *iniezioni modificatrici* nel parenchima polmonare a base di iodio (Kock e Pepper) hanno dato risultati disastrosi, mentre rispondono bene nelle lesioni articolari e glandulari. Un metodo oggidì in uso è quello del *pneumotorace artificiale*, che è seguito alle osservazioni cliniche soddisfacenti di infermi tubercolosi, in cui accidentalmente si era verificato un pneumotorace spontaneo.

Questo metodo volgarizzato da Forlanini fu, secondo l'A., preconizzato dal Potain. Il gas da iniettare è preferibile sia l'azoto; il punto d'iniezione, il settimo spazio intercostale tra l'ascellare posteriore e la scapolare. Detto metodo è stato seguito con soddisfacente risultato da numerosi autori: Lemke, Brauer, Thévenet e Balvay, Lyonnet, e Froin, Klemperer, Sanson e Zinn, Bayle, Molle, Sillig, Piery, Ferrario. La febbre cade, la dispnea e la tosse scompaiono, l'espettorazione diminuisce; la distruzione polmonare si attenua. Il polmone retratto, come anchilosato si trasforma in un blocco fibroso, nel quale non vi è traccia di infiltrazione, e non vi si ritrova che qualche focolaio tubercolare povero in bacilli. Quali pericoli del metodo si citano: l'eclampsia pleurica, l'embolia gassosa, l'edema del polmone, l'enfisema sottocutaneo, l'idrotorace ed il piotorace. Questo metodo si deve usare nella tubercolosi unilaterale o predominante da un lato, e nelle emottisi ribelli; si deve respingere nei casi di estese e forti aderenze pleuriche, e nelle gravi lesioni tubercolari concomitanti del laringe o intestino.

Un altro metodo di cura chirurgica è la *pneumectomia*, che si può usare solo nei casi di tubercolosi limitata (Ruggi e Bacock) e unilaterale, ma i risultati sono poco soddisfacenti. Eguale esito ha dato la *pneumotomia*, che avrebbe lo scopo di drenare le caverne tubercolari, e disinfettarle vuotandole del loro contenuto.

Friedrich di Marburgo si è fatto difensore di un metodo che, come il pneumotorace artificiale, tende a fare retrarre il polmone e ad immobilizzarlo. È la *toracoplastica:* colla quale si sopprime la parete toracica rigida per quasi una metà della gabbia ossea. Questo metodo importa un atto operativo dei più gravi, con una mortalità del 40 % (Friedrich e Brauer).

Partendo da un concetto affatto differente Freund ha immaginato un altro tentativo di cura chirurgica della tubercolosi polmonare con la rottura dell'anello costale superiore. Questo, nei tubercolosi è ovale, e non a guisa di cuore da carta da giuoco: quindi l'apertura superiore del torace è ristretta e ciò dipende da un raccorciamento, ispessimento e rigidità della prima cartilagine costale, che talvolta è anche parzialmente ossificata. Gli apici polmonari vengono quindi ostacolati nei loro movimenti di espansione, donde la facilità allo sviluppo del bacillo di Koch.

A togliere un tale ostacolo osseo o cartilagineo Freund e Seidel hanno praticato la *condrotomia*

o *resezione della prima cartilagine costale*, operazione che ha indicazioni limitatissime, cioè nei casi soltanto di tubercolosi iniziale ed apicale.

Questi sono tutti i varii interventi chirurgici praticati sul torace dei tubercolosi; fra tutti il più interessante, e che meriti di essere più ampiamente esperimentato, è senza dubbio quello che porta al pneumotorace artificiale.

G. QUARTA.

OSTETRICIA.

Eclampsia.

(J. HOFBAUER. *Jahreskurse für ärztliche Fortbil.*, Juli 1912, p. 22).

TEORIE SULLA PATOGENESI.

Nell'oscura questione circa l'essenza di un così grave quadro sintomatico come l'eclampsia si poteva sperare di giungere a concetti chiari solo da quando si potè parlare di un'êra scientifica dell'ostetricia: ipotesi pur ingegnose, coll'aiuto dei progressi raggiunti anche nei campi contigui dello scibile, furono emesse, ma caddero poi per difetti riscontrati più tardi in questi tentativi d'interpretazione.

Non si tratta qui di fare una disamina di queste ipotesi, ma solo di dilucidare e mettere in evidenza le considerazioni che al giorno d'oggi sono più generalmente accettate e ciò allo scopo di evitare ai medici pratici un inutile ingombro di nomi e di teorie, capace soltanto di generar confusione.

Il primo tentativo di un'interpretazione razionale della sindrome eclamptica si trova in Frerichs e Spiegelberg secondo i quali eclampsia sarebbe sinonimo di *uremia* e gli accessi convulsivi sarebbero determinati da ritenzione di carbonato d'ammoniaca: le forme improvvise sarebbero quindi sviluppate sulla base d'una *nefrite*. Teoria certamente seducente, ma non universalmente accettabile in vista dei numerosi casi in cui il rene presenta appena tracce d'un' infiammazione o d'un processo degenerativo, in ogni caso però non così importanti da derivarne un sì grave processo morboso.

Si credè allora di ravvisare nelle cause meccaniche (*compressione degli ureteri* da parte dell'utero gravido e della testa fetale e conseguente difficoltà al deflusso dell'urina e dilatazione della pelvi renale) l'origine riflessa delle convulsioni. Altri parlarono di *disturbi vasomotori* delle arterie renali (Conheim e Spiegelberg), altri di *spasmo delle arterie cerebrali* dimostrabile con reperti necroscopici (Traube, Rosenstein, Kussmaul, Tenner). Tutte teorie che non ressero alla critica come pure l'altra dell'origine *batterica* dell'eclampsia.

Con le minuziose ricerche anatomiche dello Schmorl si ottenne un reale progresso e si giunse al risultato che la base della sindrome eclamptica era da ricercare in un determinato complesso di *alterazioni di organi*; fu stabilita infatti la costante esistenza di degenerazioni nel fegato, nel rene e nel cuore, con prevalenza di necrosi anemiche ed emorragiche nei lobuli periferici del fegato e contemporanee emorragie in vari parenchimi e conseguenti trombosi in piccoli e medî vasi. Questi costanti reperti anatomici non potevano trovare, come osservò lo Schmorl, sufficiente spiegazione della genesi dei fenomeni eclamptici sulla base delle vedute fin allora dominanti.

Un vero progresso si ebbe frattanto collo studio del lato chimico del problema. Pensando che l'eclampsia fosse un'*autointossicazione* dovuta a ritenzione di normali prodotti intermediari del ricambio, si dedicò una crescente attenzione alle ricerche minute sul sangue e sull'urina. Il Kollmann rilevò l'alto contenuto di fibrina nel sangue delle eclamptiche, reperto in armonia con le asserzioni dello Schmorl, e il Dienst anzi affermò che fibrinogeno e fermento fibrinico, provenienti da leucociti disfatti, fossero momenti provocatori di vera eclampsia. Lo Zangemeister poi stabilì l'aumentato contenuto ammoniacale e la diminuita alcalescenza del sangue ed infine lo Zweifel dimostrò il reperto di acido sarcolattico nell'urina, nel sangue e nel liquido cefalorachidiano delle eclamptiche, qualificando l'eclampsia come un *avvelenamento acido* conseguente ad insufficienti processi d'ossidazione.

Mentre tutte queste ricerche tendevano a tener conto delle dimostrabili *alterazioni* dei tessuti nei rapporti istologici e chimici, si cominciò, sul principio di questo decennio, ad insistere sulle indagini etiologiche.

In realtà fin dal 1891 il Pestalozza, riscontrando elementi di mola vescicolare in circolo, pensò si potessero per tal modo spiegare molte intossicazioni gravidiche: e nel 1892, avendo sperimentato che con iniezione di prodotti placentari negli animali si producevano trombosi in molti organi, emise fin d'allora l'ipotesi che l'eclampsia fosse una malattia da intossicazione d'origine placentare. Solo più tardi lo Schmorl trovò elementi ovulari nei polmoni e il Veit poi emise la sua teoria. Il Ferrari della Clinica di Firenze aveva d'altronde dimostrato che la placenta malata presentava tossicità superiore a quella della placenta sana; e si venne man mano alla convinzione che, date le costanti alterazioni placentari nell'eclampsia, un fermento messo in circolo dalla

placenta malata produce alterazioni in molti organi e specialmente nel fegato, determinando così l'insorgenza dell'eclampsia. Ciò verrebbe confortato anche dal fatto che per lo più nell'eclampsia la placenta presenta infarti placentari più antichi dell'epoca d'insorgenza dei sintomi dell'intossicazione gravidica (Guicciardi); occorre quindi pensare che le lesioni placentari costituiscono il fatto primitivo e che dal sincizio ammalato partono sostanze capaci di determinare coagulazione del sangue in sito e a distanza (nel fegato, nel rene, ecc.) onde le trombosi e le emorragie degli organi e probabilmente anche la degenerazione dei parenchimi epatico e renale.

Il Fehling riportava l'intossicazione a *processi di ricambio materiale del feto*. Per contro il Veit insistè sulla necessità di una considerazione de significato etiologico della placenta e fondò il metodo d'indagine sierologica. Basandosi sul fatto che nel sistema vasale delle eclamptiche si trovano abbondanti frammenti di villi placentari, egli fondò la sua teoria, poggiata su esperimenti in animali, che dalla placenta derivasse una intossicazione dell'organismo muliebre: l'entrata in circolo di cellule placentari determinerebbe la formazione di un veleno che nelle circostanze ordinarie verrebbe neutralizzato da altrettanto controveleno (sinciziolisina) regolarmente formatosi, sicchè l'eclampsia consisterebbe appunto in una insufficiente produzione di questo controveleno. Il Freund, il Weichardt ed altri parlarono di endotossine insite già nel mantello sinciziale dei villi placentari e invadenti il sangue materno: questo materiale cellulare avrebbe quindi una complessa azione venefica.

L'Hofbauer portò più largo sviluppo delle nozioni etiologiche nella via aperta dal Veit. Egli aveva già provato che la placenta si comportava come una glandola a servizio del ricambio fetale e che la sua attività dipendeva dalla presenza di fermenti molto attivi che collo scindersi del materiale nutritizio fornito dal sangue materno e colla successiva sintesi procacciavano i materiali da costruzione per l'organismo fetale. Il rivestimento epiteliare di questa glandola è tutto bagnato da sangue materno ed è quindi offerta larga opportunità all'entrata diretta dei fermenti del rivestimento dei villi nei vasi materni. In realtà si trovano con l'analisi degli organi delle eclamptiche dei prodotti intermediari (acido formico, acido lattico, acido succinico, tirosina e glicocolla) massime nel fegato; e con l'autolisi del fegato si producono pure nuovi corpi per probabile intervento di fermenti. L'Hofbauer in conseguenza pretese l'eclampsia essere *intossicazione da fermenti* derivante dalla placenta e in particolare caratterizzata da *parziali processi autolitici*. Anche il Dryfuss pervenne, indipendentemente da ciò, all'analogo risultato che il constatato aumento di fibrina sia pure da riferire all'azione di fermenti placentari. Molti altri autori (Mohr, Schickele, Dienst, Frankl) rilevarono più tardi l'importanza dell'azione dei fermenti e dei processi autolitici nella genesi dell'eclampsia. Sulla base dunque di minuziose ricerche chimiche e di larga esperienza clinica e di laboratorio la *sorgente del veleno* è da ricercarsi *nella placenta*: l'effetto tossico nasce, parte direttamente per l'attività dei fermenti placentari, parte come conseguenza dell'autolisi degli organi provocata dall'azione dei fermenti.

La dottrina dell'etiologia placentare dell'eclampsia guadagnò sempre più terreno e finì per essere accettata quasi universalmente: restò solo controverso se l'albumina placentare in sè o i fermenti contenutivi fossero la causa dell'intossicazione. Il concetto sostenuto originariamente dal Veit che l'entrata dell'albumina placentare provocasse reazione d'immunità nell'organismo muliebre sarebbe stato scosso se veniva portata la prova che l'albumina placentare si comportava verso i tessuti materni non come biologicamente diversa, ma omologa.

L'Hofbauer col metodo dell'anafilassi portò per primo questa prova e i suoi risultati furono confermati da numerosi ricercatori (Felländer, Guggisberg, Heynemann, Mosbacher, Bauereisen) nonchè coi risultati della fissazione del complemento (O. Frankl, Bauereisen) e colla precipitazione (Friedenthal, Schenk). Ma nonostante si potesse pensare ad una sicura influenza tossica sull'organismo coll'introduzione di frammenti placentari, nel senso sostenuto dall'Abderhalden che avesse per effetto una mobilizzazione di fermenti destinati alla distruzione di questo sangue estraneo, pure i disturbi di questa reazione distruttiva materna provocano l'accumulo di plasma insufficientemente consumato, con i noti suoi effetti deleterî: e le nuove ricerche del Wassermann, Keyser, Doerr ed altri circa la trasformazione del siero proprio o eterogeneo in siero dannoso, se messo a contatto con sostanze assorbenti (precipitati), confermerebbero simile spiegazione, perchè appunto nella distruzione dell'albumina si producono corpi intermedi di azione tossica.

Già alcuni anni or sono l'Anderson e il Rosenau e più di recente il Thies e il Weichardt osservarono fenomeni simili a quelli dell'anafilassi coll'iniezione di siero fetale o di sostanza placentare: pensarono quindi alla identità dell'eclampsia e dell'anafilassi. Ma l'Hofbauer si oppose al concetto di considerare come antigeni di fronte all'organismo materno il siero fetale e la placenta anche perchè i fenomeni clinici sono completa-

mente diversi: nell'eclampsia ipertensione, aumentata coagulabilità del sangue, iperleucocitosi, ipertermia; nell'anafilassi paralisi vasomotoria, diminuita o aumentata coagulabilità del sangue, diminuzione del complemento, leucopenia, caduta della temperatura. Insomma anche in gravide, partorienti e puerpere non si verificarono fenomeni tossici con iniezione di siero fetale.

Il Vassale emise l'ipotesi di un disturbo della funzione delle glandole a secrezione interna.

Sostanzialmente dal fin qui detto appare che siamo giunti ben vicini ad una chiara concezione della sindrome eclamptica senza peraltro possedere ancora un'interpretazione universalmente soddisfacente perchè per molto tempo gli osservatori dettero prevalente importanza a questo o a quel segno: ad es. l'alterazione renale non di rado è appena insignificante e le stesse convulsioni possono persino mancare (*eclampsia sine eclampsia*).

Circa l'alterazione renale lo Zinsser rilevò di recente che in molti casi si tratta di un disturbo del potere di eliminazione del cloruro di sodio sicchè anche in casi clinicamente gravi si può far *buona prognosi* se vi sia un *alto tasso di cloro* e viceversa.

Anche la lesione delle funzioni cerebrali si comporta variamente. Secondo il Seitz vi sarebbero nel veleno eclamptico due sostanze: una di azione *tossica* ed una specifica *spasmofila*; e dalla prevalenza dell'una o dell'altra verrebbero in prima linea o le lesioni parenchimali (fegato, rene, cuore) o lo stimolo sui centri nervosi che può esser così grave da portare d'un tratto paralisi di essi ed assenza di convulsioni. D'altronde l'ipereccitabilità dei centri nervosi, sotto uno stimolo periferico, provoca subito un accesso convulsivo e non di rado persistono per qualche tempo *alterazioni psichiche* più frequenti a verificarsi nei casi in cui gli accessi convulsivi sono sensibilmente nunumerosi e ravvicinati.

Ricerche anatomiche e cliniche hanno ormai assodato che le lesioni del fegato e del cuore meritano per lo meno considerazione pari a quelle del rene e in taluni casi si deve anzi parlare di una vera *epatotossiemia* con lievi alterazioni renali.

Il concetto dell'eclampsia come un'*autointossicazione d'origine placentare* trovò appoggio in più fatti: collo svuotamento dell'intero (eliminazione della placenta sorgente del veleno) cessano spesso subito o per lo meno migliorano sensibilmente i fenomeni tossici; nelle mole vescicolari dove non vi è un feto, ma per converso sono rigogliosamente proliferati i rivestimenti epiteliari dei villi l'eclampsia pure si produce; nelle gravidanze gemellari, in cui la superficie placentare è sostanzialmente estesa, l'eclampsia si verifica con discreta frequenza. Il travaglio poi è certamente fattore provocante di accessi convulsivi chè infatti l'eclampsia scoppia per lo più in travaglio e specialmente in travaglio di lunga durata.

L'organismo possiede del resto innegabili difese preventive come lo dimostrano le *eclampsie della gravidanza* la cui prognosi è generalmente buona; ma finora sappiamo ben poco intorno a questi poteri di difesa: d'altro canto le *eclampsie del puerperio* colla loro prognosi più riservata provano la grave lesione parenchimale e l'accumulo del veleno durante il parto.

CURA DELL'ECLAMPSIA.

A priori la cura esige: 1° *allontanamento della sorgente tossica* dall'organismo; 2° *eliminazione dei prodotti tossici;* 3° *allontanamento delle convulsioni* giacchè l'esperienza insegna che ogni nuovo accesso peggiora le condizioni materne e fetali.

***

Il primo punto è sinonimo di *svuotamento dell'utero*, togliendo così ogni connessione del feto e della placenta con le vie sanguigne materne: occorre quindi accelerare il parto (*parto accelerato*) o espletarlo prontamente appena divenuta manifesta l'intossicazione (*parto prematuro*). Lo Zweifel e il Bumm, sostenitori del parto accelerato raccomandato dal Dührssen, ottennero con questo metodo un abbassamento della mortalità dal 30 % al 12 %. Tale metodo fu combattuto dalla scuola di Lipsia che ne attribuì i vantaggi all'emorragia quasi costante nei parti prematuri od accelerati: l'emorragia abbassa la pressione sanguigna e provoca l'espulsione parziale del veleno accumulato.

Circa il metodo, questo dipende dallo stato di distensione del segmento uterino inferiore e di dilatazione della bocca uterina. Se questa è completamente dilatata, forcipe o versione ed estrazione munuale: se no, incisioni di essa, versione e progressiva dilatazione della bocca uterina coll'addossamento del corpo fetale: a bocca uterina chiusa, *metreurynter* rigido (il dilatatore Bossi è caduto in discredito). Questo per i pratici: nelle Cliniche si può ricorrere al *taglio cesareo vaginale* che consente di svuotare rapidamente l'utero in ogni momento ed anche in assenza di contrazioni. Il Dührssen ha cercato di rendere accessibile anche al pratico questo metodo semplificandolo e coll'aiuto di un *metreurynter;* ma anche in tal modo non è così facile ad eseguirsi dai pratici e rimane retaggio della Clinica: nei casi poi di angustia o di edema delle parti molli, è preferibile il taglio cesareo classico. Si deve senza esitazione ricorrere al metodo attivo in tutti i casi gravi

in cui il coma precoce, la mancanza di reazione agli stimoli esterni, l'oliguria, l'ipertermia, la dispnea indichino alto grado d'intossicazione.

Le operazioni debbono imprendersi in narcosi: preferibile la miscela di Billroth, poco usabile il cloroformio puro per i suoi effetti sui parenchimi. Ricordiamo, secondo le proposte del Dienst, dell'Engelmann e dello Stade, l'uso delle iniezioni di hirudin che fisserebbe certi componenti del sangue necessarî alla coagulazione e impedirebbe perciò il formarsi di trombosi così importanti nella patologia dell'eclampsia. Ma questo metodo è ancora incerto e attende conferma da larga e incontestata applicazione clinica.

***

Alla *eliminazione dei prodotti tossici* appartengono il salasso e la provocazione della funzione renale. Il salasso scema la cianosi, spesso abolisce il coma, diminuisce la tensione arteriosa: deve essere almeno di 300 cmc. e può ripetersi in caso di bisogno: si diluisce poi ulteriormente la sostanza tossica con infusione di soluzione fisiologica, in quantità non inferiore a l. 1.500 (Bumm) purchè però l'albuminuria non sia elevata, nel qual caso sarebbe da temere la ritenzione del NaCl.

Negli ultimi tempi si è tornati all'uso dei bagni caldi e successivi impacchi: spesso con tale mezzo si rendono meno frequenti le convulsioni, ma spesso pure peggiorano le condizioni generali e soprattutto l'attività cardiaca. Queste ragioni fecero appunto abbandonare la pilocarpina: chè anzi, appunto in casi gravi occorre conservare intatta l'attività cardiaca e respiratoria e somministrare analettici (caffeina, strofantina, digalen, canfora, adrenalina) se la forza del cuore diminuisce e il polso si fa piccolo e frequente e nei casi gravi praticare frizioni e massaggio del cuore. Inoltre impedire che il capo dell'inferma penda in giù ai lati del letto, tener nette bocca e faringe ed eventualmente aspirare con apposito strumento il muco dalla laringe.

L'*attività renale* è la parte più essenziale nell'eliminazione delle sostanze tossiche dall'organismo ed infatti la diuresi aumenta col migliorare dell'affezione. Per avviare ed eccitare la secrezione urinaria nell'oliguria o nell'anuria fu proposta dall'Edebohl anche la *decapsulazione dei reni*, ma con risultati contradittorî. Certo anche oggi la *prognosi* nella grave eclampsia è molto incerta giacchè casi disperati guariscono *per* o, si sarebbe quasi propensi a dire, *nonostante* ogni terapia. Tuttavia non si può negare che in qualche caso la decapsulazione dei reni abbia portato un decisivo miglioramento: tale metodo peraltro, non indifferente nè scevro di pericoli, deve riservarsi solo in quei casi in cui *ogni altro mezzo fallisce*, le convulsioni o il coma persistono e comparisce oliguria o anuria. L'operazione, secondo la maggioranza degli autori, dovrebbe praticarsi circa 24 ore dopo il parto.

Anche le *ispirazioni protratte di ossigeno* sembrano aver favorevolmente influito in casi che apparivano disperati.

L'uso di *preparati organici* (paratiroidina od altri) o altre *operazioni* recentemente proposte non hanno dato risultati soddisfacenti.

L'autore non fa cenno dell'uso del *veratro verde* che, raccomandato dai medici americani, venne poi largamente impiegato in Italia. Nella Clinica di Roma viene adoperato utilmente da oltre un ventennio sia allo scopo di abbassare la soverchia tensione vasale, sia come anticonvulsivo con risultati sempre soddisfacenti ed in alcuni casi veramente efficaci, sicchè fa parte dell'ordinaria terapia medica dell'eclampsia.

***

Allo scopo di *raffrenare gli accessi*, lo Stroganoff raccomanda un metodo che ha trovato molto favore da alcuni anni. L'A. su 360 casi trattati in tal modo ha una mortalità totale del 6.60 %. Il metodo consiste nell'*allontanamento di ogni stimolo esterno* e *tranquilla ed uniforme narcosi* ottenuta con *piccole e frequenti dosi di morfina e cloralio*. Portate le inferme in una stanza silenziosa e oscura, ogni intervento (cateterismo, iniezioni, ecc.) eseguito in lieve cloronarcosi, percorsa la camera cautamente dal solo personale d'assistenza. Il parto viene terminato solo dopo, operativamente, se però è facilmente espletabile con forcipe o con versione. Appena minaccia un accesso, cloronarcosi: se l'accesso scoppia, protratta ispirazione di ossigeno. Lo Stroganoff ha anche stabilito uno schema per la somministrazione della morfina e del cloralio. Il metodo arieggia un po' la vecchia terapia dell'eclampsia a base di narcotici proposta dal Veit, ma se ne distingue perchè nel metodo Stroganoff la morfina viene usata solo in principio, a piccole dosi. Solo nell'inefficacia di tal metodo si ricorre al parto rapido o comunque affrettato.

Combinato con sufficiente salasso, il metodo Stroganoff rappresenta una pregevole innovazione utile alla clinica come ai pratici.

Importante è per i pratici la conoscenza e il trattamento della minacciante eclampsia. Se esistono gravi segni premonitorî (disturbi visivi, irrequietezza motoria e psichica, oppressione all'epigastrio o alla regione epatica, forte albuminuria, oliguria, cilindri, edemi, cefalea), uso di dieta vegetale, ipoclorurata, alcalini, riposo in letto, impacchi caldi: non avendosi miglioramento con tali mezzi e specialmente vedendo arrestarsi la diuresi, allora affrettare il parto.

F. BAFFONI LUCIANI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Istituto di Studi superiori in Firenze

diretta dal prof. E. TANZI.

Meningite sifilitica ed amaurosi isterica.

Osservazione clinica del dott. M. ZALLA, aiuto.

Non credo inutile fare oggetto di una breve nota la seguente osservazione clinica, la quale mi sembra interessante sotto vari punti di vista.

Il dì 4 aprile 1912 si presentò all'ambulatorio di questa Clinica una giovane donna, certa I.... A...., di 29 anni, da Firenze, la quale presentava forte cefalea, amaurosi dell'occhio sinistro e disturbi psichici caratterizzati da penosa inquietudine e accentuata depressione del tono sentimentale.

Dai dati anamnestici, ch'io potei raccogliere dall'ammalata stessa e dai suoi congiunti, non risultava niente di notevole a carico del gentilizio. Padre, madre, tre fratelli e due sorelle viventi e sani. Il padre non è bevitore; non esistono fondati sospetti ch'egli abbia contratta la sifilide. La madre non ha avuto aborti nè parti prematuri Una sorellina morì nel secondo anno di vita, si ignora per qual malattia.

La nostra ammalata soffrì di disturbi vaghi, che furono attribuiti ad elmintiasi intestinale, verso l'età di 13 14 mesi: non risulta che abbia presentato fatti convulsivi. Le mestruazioni, iniziatesi a 13 anni, furono sempre, come sono tuttora, regolari. All'età di 18 anni la paziente cadde accidentalmente da una scala, riportando la frattura di tre coste. Alla stessa età, ma vario tempo dopo esser guarita delle lesioni ora ricordate, un giorno, improvvisamente e senza causa riconoscibile, fu colta da una intensa contrattura delle dita della mano destra: sulla scomparsa di questo fenomeno morboso, che avvenne poco a poco nel corso di circa due mesi, non può dirsi quale influenza abbia avuto l'applicazione di un apparecchio ingessato fatta dal medico curante.

La paziente si maritò a 23 anni con un uomo sano, presso a poco della sua età. È rimasta incinta soltanto due volte: i due figli, che hanno ora rispettivamente 5 e 6 anni, sono robusti e di intelligenza normale. Durante le gravidanze la nostra ammalata ha sofferto di varî disturbi (vomito, cefalea, gastralgie, tendenza alle lipotimie, ecc.), non però molto tormentosi: le orine non furono esaminate. Ha allattato facilmente i suoi bambini ed inoltre, dopo di questi, un bambino non suo.

Si dimostrò sempre di carattere mite, di umore sereno ed uguale, paziente, affezionata alla famiglia.

I fenomeni morbosi pei quali l'ammalata fu indotta a presentarsi al nostro ambulatorio, si sono iniziati e svolti nel modo seguente.

Circa cinque mesi or sono (mi riferisco alla data sopra indicata della mia prima visita), la paziente cominciò a soffrire di cefalea, dapprima non molto intensa, specialmente localizzata in corrispondenza della regione occipitale; e cominciò pure a mostrarsi un po' irritabile e di umore triste; il sonno divenne alquanto irregolare. Per circa tre mesi questi disturbi non si aggravarono; nè la loro intensità era tale da impressionare molto: difatti, nè la paziente nè i suoi famigliari sentirono il bisogno di ricorrere al consiglio del medico. Si aggravarono ed altri ne sopraggiunsero due mesi or sono.

A tale epoca la cefalea subì in modo piuttosto brusco una forte esacerbazione. Una mattina, poi, la paziente cadde improvvisamente a terra perdendo la coscienza in modo completo: almeno così affermano le persone che furono presenti alla crisi. Nella caduta non si produsse lesioni di sorta; ebbe alcune lievi contrazioni cloniche circoscritte, sembra, all'arto superiore di sinistra; emise dalla bocca un po' di bava sanguinolenta; non ebbe perdite di orina nè di feci.

Lo stato di incoscienza si protrasse per quasi un'ora. Quando l'ammalata si riebbe appariva molto abbattuta, un po' confusa, piangeva, mostrava di non ricordare nulla di quanto le era accaduto, si lamentava di intenso mal di capo.

Due giorni dopo aver avuta questa crisi, di mattina, mentre si accingeva ad un lavoro femminile, la paziente si accorse di non vederci affatto con l'occhio sinistro: tenendo chiuso l'occhio destro non distingueva neppure la luce dall'oscurità.

Impressionata da questo nuovo fatto morboso, consultò un medico: questi le prescrisse una cura ricostituente, che rimase del tutto inefficace.

Frattanto la cefalea e i disturbi psichici erano andati sempre più aggravandosi.

La cefalea era divenuta continua ed era specialmente intensa nelle ore notturne, sì da impedire quasi del tutto il beneficio del sonno. D'altra parte l'ammalata si sentiva continuamente triste, inquieta, aveva spessissimo delle crisi di pianto, era incapace di applicarsi alle occupazioni abituali, manifestava la convinzione di essere ormai inutile a sè ed agli altri e di non poter più guarire, esprimeva il desiderio di farla finita con la vita; era diventata inoltre ancor più irritabile, sfuggiva la compagnia anche delle persone che prima le erano care, rimproverava i suoi bambini per motivi più insignificanti, si mostrava contrariata dalla loro allegria, insensibile alle loro manifestazioni di affetto, « non era più riconoscibile »: ecco l'espressione con cui i parenti dell'ammalata sintetizzavano lo stato di lei in questo periodo.

In tale stato appunto io ebbi occasione di visitarla.

Si tratta di una donna robusta, con pannicolo adiposo abbondante, piuttosto pallida, con espressione del volto melancolica. È perfettamente lucida; accusa con chiarezza, senza mostrare tendenza ad esagerarne la gravità, i disturbi soggettivi che la tormentano; descrive bene il suo stato d'animo; insiste in modo speciale sopra l'intensità della cefalea; sembra dare minore importanza alla amaurosi dell'occhio sinistro. Nessun fenomeno morboso a carico della memoria, dell'ideazione, dell'attenzione, dell'orientamento.

L'esame somatico dà, all'infuori di ciò che si riferisce alla funzione visiva, risultati in gran parte negativi. Non starò a ricordare questi ultimi, limitandomi ad indicare i seguenti dati positivi, gli unici che ho potuto mettere in evidenza: lieve dolenzia alla pressione delle masse muscolari della nuca e delle apofisi spinose delle prime vertebre cervicali; anestesia congiuntivale bilaterale; notevole ipoestesia della mucosa faringea.

Ripeto che tutti i fatti taciuti debbono essere considerati negativi. In modo speciale desidero però richiamare l'attenzione sopra l'assenza di ogni elemento patologico nelle orine.

Occhi. — Perfettamente normale la motilità dei bulbi oculari; *la reazione pupillare, sia diretta che consensuale, allo stimolo luminoso è perfetta bilateralmente*. L'occhio destro ha un visus = 10/10; con l'occhio sinistro la paziente dice di non vederci affatto: se le si tiene chiuso l'occhio destro non sa riconoscere neppure se la stanza sia completamente oscura o fortemente illuminata: però in qualche momento segue con l'occhio sinistro, essendo il destro ermeticamente chiuso, gli oggetti che le vengono mossi dinanzi, come se in realtà li vedesse. L'esame col perimetro, che naturalmente potè essere eseguito solo per l'occhio destro, mise in evidenza un notevole restringimento concentrico del campo visivo con forti anomalie nella estensione del campo dei colori (bianco > azzurro > verde > rosso): non solo, ma esso dimostrò pure che il campo visivo preso facendo tenere all'ammalata i due occhi aperti era alquanto più esteso che non il campo visivo del solo occhio destro.

In base ai rilievi positivi e negativi fatti in questo primo esame io mi formai subito il convincimento di essere di fronte ad un caso di amaurosi nevrosica; tuttavia, avuto riguardo anche ai fatti morbosi concomitanti, credetti opportuno conoscere il reperto dell'esame oftalmoscopico. Questo esame, compiuto il 6 aprile nella Clinica oculistica di Firenze, diede il seguente risultato: OS., papilla arrossata, leggermente sollevata, con limiti molto indistinti; OD., perfettamente normale.

La conoscenza di questo nuovo dato mi suggerì altre ricerche diagnostiche: eseguii la cutireazione alla Pirquet, che riuscì negativa, e la reazione di Wassermann nel siero di sangue, che riuscì invece *fortemente positiva*. Non potei, per opposizione dell'ammalata, prelevare il liquido cefalo rachidiano, nel quale avrei desiderato eseguire le prove di Wassermann e di Nonne-Apelt e ricercare l'eventuale aumento degli elementi figurati.

Questi risultati non valsero a scuotere il convincimento che io mi ero formato intorno alla natura del disturbo visivo dell'ammalata: perciò, prima di intraprendere altre cure, volli tentare una terapia puramente suggestiva.

Il giorno 11 aprile feci una applicazione di corrente faradica di modica intensità, tenendo un eccitatore a placca applicato sulla nuca ed uno a bottone applicato sulla tempia sinistra. Nel corso della breve seduta la paziente si dimostrò molto inquieta, ebbe delle reazioni generali esagerate; subito dopo la seduta stessa affermò di poter distinguere facilmente la luce dall'oscurità, pur essendo incapace di riconoscere i contorni degli oggetti.

Una seconda applicazione, fatta il giorno di poi con le stesse modalità, bastò perchè l'ammalata ricuperasse completamente la vista dell'occhio sinistro, il cui visus divenne = 10 10. L'esame oftalmoscopico ripetuto dallo specialista il 13 aprile dimostrò la persistenza delle alterazioni sopraricordate. Lo stesso giorno potei eseguire l'esame del campo visivo dell'occhio sinistro: trovai un restringimento concentrico notevolissimo, assai più accentuato di quello prima rilevato nell'occhio destro, e delle forti irregolarità nella estensione del campo dei varî colori (bianco > verde > rosso > azzurro).

Il trattamento suggestivo, che si era dimostrato così efficace contro l'amaurosi, non esercitò la minima influenza sulla cefalea e sulle condizioni della psiche: la cefalea persisteva intensa e tormentosa; la paziente era sempre triste, irritabile, scoraggiata e non risentì che una gioia effimera per la guarigione del disturbo visivo.

Contro queste sofferenze tentai la somministrazione di sedativi (adalina, preparati a base di valeriana, bromuri): non ottenni alcun miglioramento. Finalmente consigliai una cura specifica (joduro di potassio ad alte dosi; ogni giorno una iniezione intramuscolare di due cmc. di enesol) che fu iniziata il 22 aprile. Durante questa cura i varî disturbi si attenuarono sempre più: cedettero per prime la cefalea e l'insonnia, con maggior lentezza i disturbi psichici, i quali tuttavia finirono pure con lo scomparire. Ho rivisto l'ammalata per l'ultima volta il 5 luglio: aveva avute 24 iniezioni di enesol e presi circa 150 grammi di joduro; poteva ormai considerarsi come completamente guarita; la reazione di Wassermann nel siero di sangue era solo *leggermente* positiva; delle alterazioni oftalmoscopiche non residuava che un lievissimo arrossamento della papilla dell'occhio sinistro; il campo visivo era sempre un

po' ristretto, assai meno però di quanto non fosse risultato negli esami precedenti; persisteva qualche anomalia nell'estensione del campo dei colori.

Si tratta dunque di una donna di 29 anni, per l'innanzi apparentemente sana, la quale cominciò a soffrire di cefalea e di disturbi psichici consistenti in depressione del tono affettivo, inquietudine ed irritabilità. Questi fenomeni morbosi si aggravarono di molto, in modo piuttosto brusco, circa tre mesi dopo il loro inizio, e nella stessa epoca l'ammalata fu colta da un'unica crisi convulsiva a caratteri non bene determinati, due giorni dopo la quale sopravvenne una amaurosi dell'occhio sinistro. Quando io visitai la paziente, a circa cinque mesi dall'inizio dei primi disturbi, trovai come unici sintomi oggettivi meritevoli di speciale rilievo i seguenti: anestesia congiuntivale bilaterale; accentuata ipoestesia faringea; restringimento concentrico del campo visivo dell'occhio destro; lesioni a tipo infiammatorio della papilla del nervo ottico di sinistra; fortemente positiva la reazione di Wassermann nel siero del sangue.

L'amaurosi guarì bruscamente in seguito ad una cura suggestiva; la cefalea ed i disturbi psichici si attenuarono a poco a poco e finalmente scomparvero in seguito ad una cura antisifilitica; nello stesso tempo i segni della neurite ottica si attenuarono di molto.

I dati sopra esposti permettono di interpretare con sufficiente esattezza il significato dei varî fenomeni morbosi di cui la nostra ammalata ha sofferto.

Per ciò che riguarda l'amaurosi dell'occhio sinistro non v'ha dubbio che essa non fosse di natura isterica: basterebbe a dimostrarlo, anche a voler prescindere dai risultati dell'esame oggettivo, il modo della sua scomparsa. Considerato da questo punto di vista il caso presenta un certo interesse per la scarsezza dei fenomeni isterici concomitanti: si sa infatti che l'amaurosi isterica, sia unilaterale che bilaterale, è molto spesso associata ad altri sintomi (disturbi della sensibilità generale e delle sensibilità specifiche, paralisi motorie, contratture, mutismo, ecc.) i quali guidano facilmente verso la diagnosi esatta; non solo, ma nell'anamnesi degli ammalati s'incontrano molto spesso altre manifestazioni psichiche o somatiche di isterismo più o meno evidenti e clamorose. Nel nostro caso mancarono sempre i tratti psichici dell'isterismo; nell'anamnesi, che potei raccogliere molto dettagliatamente, troviamo ricordata soltanto una contrattura il cui significato riceve luce dai fatti poi rilevati più di quanta non ne getti su di essi; all'esame oggettivo infine non fu possibile mettere in evidenza che sintomi di importanza subordinata, a prescindere dal restringimento concentrico del campo visivo e dall'inversione del campo pei colori, scoperti dapprima soltanto nell'occhio sano.

Se dunque non si può parlare di una forma di isterismo monosintomatico, identificabile ai casi descritti da varî AA., possiamo però affermare che il mio caso non era neppure di quelli in cui la diagnosi s'impone subito all'esaminatore.

A questo proposito dovremmo anche stabilire la natura della crisi convulsiva ricordata nell'anamnesi, crisi che precedette di poco la comparsa dell'amaurosi; se non che i dati di cui dispongo non mi sembrano sufficienti per pronunciare un giudizio sicuro a tale riguardo. Si trattò di una crisi unica, presenziata soltanto da persone nelle quali la già scarsa capacità di analisi fu forse resa ancor più incerta dallo stato emozionale provocato dall'insolito avvenimento: senza dubbio mancarono tutti i fenomeni che sono considerati come più caratteristici della crisi isterica e se ne ebbero di quelli che sogliono far parte del quadro della crisi epilettiforme, per cui io sono piuttosto inclinato ad escludere la natura isterica di questo episodio morboso ed a metterlo in rapporto con i processi patologici di altra natura che contemporaneamente si svolgevano nell'ammalata. Credo inutile trattenermi ad indicare i criterî per cui il mio caso, per ciò che si riferisce all'amaurosi, non è certo da annoverarsi tra le forme indicate, per lo più impropriamente, col termine di amaurosi epilettiformi (Jackson); nè tra quelle che possono mettersi in rapporto con autointossicazioni (per esempio l'uremia) o con eterointossicazioni varie.

La diagnosi di amaurosi isterica poteva essere alquanto difficoltata dal sicuro rilievo, fatto da un valente specialista, di una lesione oggettiva a carico della papilla dell'occhio amaurotico, lesione che avrebbe potuto spiegare di per sè stessa l'esistenza di un grave disturbo funzionale: l'esito del trattamento

suggestivo, col far scomparire bruscamente la amaurosi mentre rimaneva immutato il rilievo oftalmoscopico, valse a togliere ogni dubbio in proposito, prima che si rendesse necessaria l'applicazione di artifici diagnostici più delicati. Rimase così dimostrato che nell'occhio sinistro della paziente era in atto una associazione istero-organica.

Quale poi fosse l'etiologia della lesione organica fu reso evidente dal risultato della reazione di Wassermann, il quale valse pure a svelare la causa degli altri fenomeni morbosi che l'ammalata presentava: la cefalea ed i disturbi psichici.

Tale risultato fu tanto più importante in quanto che nessuno dei dati anamnestici dapprima raccolti poteva far supporre che la paziente avesse contratta la sifilide. In seguito, sulla guida del fatto accertato, si potè mettere in luce una circostanza che era stata taciuta perchè considerata insignificante. Si sapeva già che, oltre ai suoi figli, la paziente aveva allattato anche un bambino non suo· ora risultò che questo bambino era, quando fu preso in consegna dall'ammalata, in condizioni generali oltremodo scadenti e presentava anche dei lievi fenomeni eruttivi, tanto che l'ammalata stessa temè ch'egli fosse affetto da qualche malattia trasmissibile e si decise ad allattarlo soltanto dopo che un medico l'ebbe rassicurata in proposito. Il bambino rimase sempre molto emaciato e morì in stato di cachessia all'età di 10 mesi. La paziente non sofferse allora di disturbi di rilievo e naturalmente non fece cure di sorta.

Niente di più probabile dunque che l'ammalata sia stata contagiata di sifilide da questo bambino che era secondo ogni verosimiglianza un eredo-luetico.

Comunque sia, il risultato della prova di Wassermann non poteva lasciare dubbî di sorta; e l'ipotesi dell'esistenza di un processo sifilitico in atto, più precisamente di una localizzazione gommosa meningea, rendeva conto di tutto il quadro morboso: della neurite ottica, che fu come l'agente provocatore di un isterismo latente, della cefalea e dei disturbi psichici. La cefalea aveva già di per sè dei caratteri che potevano far pensare alla sua natura sifilitica: la grande intensità e le esacerbazioni notturne. Quanto ai disturbi psichici essi non avevano nulla di caratteristico, in quanto costituivano nel loro insieme il quadro di una melancolia di media gravità: che anch'essi però fossero in un certo rapporto col processo sifilitico sembra dimostrato dal fatto della loro scomparsa, graduale e parallela a quella degli altri fenomeni morbosi, sotto l'influenza della cura specifica. Dal punto di vista psichiatrico questi disturbi psichici in rapporto con una localizzazione cerebrale sifilitica hanno una grande importanza pratica: per lo più essi coesistono con altri sintomi che subito richiamano l'attenzione sulla loro vera natura, ma possono anche, e il mio caso in parte lo dimostra, presentarsi come fenomeni quasi isolati, sì da non essere giustamente interpretati che con difficoltà: appunto per l'esatta valutazione di questi casi la clinica delle malattie mentali trova nella reazione di Wassermann un aiuto validissimo.

LEZIONI

Appendicite e colite.

Signori! Quando, come è generalmente riconosciuto, nella patogenesi dell'appendicite acuta la parte principale è rappresentata dall'infezione enterogena, è chiaro il rapporto fra tutti i processi infiammatorii, specialmente del cieco e del colon ascendente, e quelli dell'appendice non solo nell'appendicite acuta, ma anche e sopratutto nella cronica, In tutte le affezioni infiammatorie dell'intestino prende indubbiamente parte l'appendice, dall'enterite e dalla colite generalizzata alla colite circoscritta. E che il processo si localizzi quasi sempre nell'appendice, dando luogo a gravi disturbi, è dovuto alla speciale sua struttura, come sacco a fondo chiuso, nel quale tutto facilmente penetra, ma difficilmente fuoriesce. Anche nei diverticoli di Meckel, come in tanti altri, e nella flessura sigmoidea possono anche verificarsi delle infiammazioni perfettamente simili con forma di gangrena acuta, che somigliano del tutto a quelle del processo vermiforme.

Le posizioni abnormi finora conosciute dell'intestino crasso e la loro importanza per la chirurgia pratica sono state bene studiate mediante l'aiuto della röntgenologia, e meritano speciale riguardo i rapporti del cieco (il cieco mobile). Esso possiede talora una grande mobilità, ha un

mesentere comune con l'ileo e può essere sede di svariate alterazioni patologiche, di flessioni e torsioni. Oltre che in Francia, Wilms in Germania nel 1908 ha dimostrato come alcuni casi di appendicite cronica non sono che vere manifestazioni di un lungo cieco mobile, ed in tali casi l'appendicetomia non vale ad allontanare le sofferenze.

Il cieco mobile allora solamente dà molestia al paziente quando, come ho affermato nel Congresso chirurgico del 1911, ha luogo un processo catarrale od infiammatorio, poichè nè la torsione o la flessione del cieco (Rehn-Klose), nè i conseguenti disturbi meccanici, nè la torsione abituale del cieco mobile possono ritenersi come la causa unica delle manifestazioni dell'appendicite acuta. Secondo il mio modo di vedere, non la speciale mobilità o torsione e neanche la costipazione son quelle che determinano le sofferenze cecali somiglianti a quelle dell'appendicite, ma tutti questi momenti insieme conducono all'infiammazione, alla tiflocolite, causa delle sofferenze, la quale si diffonde all'appendice, provocando una appendicite secondaria. Ecco come viene confermato il fatto della partecipazione dell'appendice a tutte le affezioni del cieco e del colon.

Nell'infiammazione acuta dell'appendice vermiforme il fatto caratteristico è la partecipazione del peritoneo che le dà l'impronta speciale, per cui non è da meravigliarsi se spesso una peritonite d'origine non appendicolare viene diagnosticata come appendicite, specialmente nei bambini (e sopratutto nelle bambine), nei quali si verificano delle peritoniti diplococciche che vengono ritenute come appendiciti con peritonite Se in simili casi si procede alla laparotomia, si trova un essudato torbido in tutta la cavità addominale, ma l'appendice vermiforme è assolutamente integra. Fintanto che nell'appendicite acuta non vi è partecipazione del peritoneo e l'infiammazione è limitata solo all'interno dell'appendice, pur essendovi contemporaneamente una colite od un'enterite, non vi è ragione alcuna di trattare questa affezione differentemente da quello che si farebbe per altri tratti intestinali, cioè con l'uso dei purganti; ma quando l'esame del sangue c permette di renderci esatto conto dello stato delle parti circostanti, e cioè del peritoneo, allora è il caso di distinguere e giudicare se sia o no pericoloso il purgante e lo svuotamento dell'intestino. Simili casi però di appendicite secondaria acuta o subacuta rappresentano solo la minoranza; ordinariamente l'appendicite è una infiammazione localizzata unicamente a questo piccolo organo. Sia essa di origine enterogena od ematogena, il fatto caratteristico si è che essa si presenta apparentemente nella piena salute, senza prodromi, interessa *in toto* l'organo e dà luogo a complicazioni gravissime; è allora che l'operazione precoce ha il suo trionfo ed il medico la soddisfazione d'aver salvata la vita del paziente; essa assicura la radicale guarigione, abbrevia la durata della malattia, impedisce le complicazioni e specialmente le recidive.

Io non intendo fermarmi, o signori, sulla clinica dell'appendicite acuta, nè sulla diagnosi differenziale all'inizio della malattia; noi tutti conosciamo le difficoltà che ci si presentano, specialmente quando mancano i segni della peritonite, come tutti concordemente riteniamo che la prognosi per l'intervento operativo e per il decorso consecutivo sia favorevolissima nelle prime 24 ore; dopo le 48 ore, al 3° o 4° giorno, si presentano i sintomi della peritonite, circoscritta o no, ed allora l'indicazione dell'intervento operativo dovrà dipendere dall'esame del sangue Oggi più di prima sono in generale favorevole al trattamento chirurgico della peritonite in questo stadio, meno quando vi sia un precoce incapsulamento. Nei casi di peritonite libera io soglio chiudere completamente la cavità addominale; solo quando, nella peritonite appendicolare, si presenta un'elevata percentuale di cellule neutrofile, 50 a 60 %, segno di estrema virulenza, consiglio di non procedere alla chiusura della cavità addominale; i risultati di questo trattamento, da me recentemente pubblicati, sono favorevolissimi, giacchè i casi di morte nelle peritoniti libere sono solo dell'8 %.

Anche l'appendicite cronica sta, sotto molteplici punti di vista, in rapporto con le affezioni dell'intestino crasso; essa è più frequente dell'acuta, sebbene venga più raramente diagnosticata, decorrendo sovente come appendicite larvata, e determina i più svariati disturbi della digestione: dolori di testa, emicranie di origine tossica e costipazione abituale, che ne è il sintoma caratteristico.

L'appendicotomia allontana ogni sofferenza e ridà la salute; però in alcuni casi non dà alcun risultato. Il processo vermiforme non presenta talora alcuna alterazione mentre esistono delle aderenze fra il cieco, il mesentere e la parete intestinale. La causa più frequente delle cosidette

sofferenze appendicolari è per noi la tiflocolite, il catarro cecale. Con l'introduzione della radiologia ha avuto luogo un vero rivolgimento nelle nostre vedute; nuove osservazioni furono possibili; ed importantissime e speciali indicazioni per l'intervento chirurgico; si potè apprezzare l'azione delle adesioni consecutive all'appendicite e spiegarsi la ragione del mancato successo dopo l'atto operativo; si riconobbero bene le flessioni e le torsioni delle ultime parti dell'ileo, come le fissazioni del cieco per adesioni.

La colite acuta e cronica è andata sempre più entrando nel dominio della chirurgia, specialmente la prima, sia per la diagnosi differenziale, sia per il trattamento, massime nei casi di colite acuta circoscritta.

Assai spesso la gastroenterite generalizzata e l'enterite per falsa diagnosi di appendicite o peritonite cadono sotto il trattamento operativo, tanto più che in dipendenza di una gastroenterite esiste un'appendicite, la quale può svanire insieme agli altri sintomi dell'enterite stessa o continuare come malattia a sè. Per la diagnosi differenziale fra queste affezioni e l'appendicite acuta, la colecistite, la salpingite, riesce anche assai utile l'esame del sangue per quanto riguarda la partecipazione del peritoneo, che manca nella enterite comune o nella colite. La colite flemmonosa acuta è rara, può decorrere come colite ulcerosa ed è sempre indicata l'apertura dell'intestino sia come appendicostomia, sia come colostomia.

La colite acuta circoscritta ha quattro luoghi di predilezione: la flessura sigmoidea, la lienale, l'epatica e finalmente il cieco, nel qual caso va sotto il nome di tiflocolite. Indubbiamente le congenite condizioni anatomiche dispongono alla malattia, come, ad es., l'abnorme lunghezza o mobilità di determinati tratti dell'intestino, della flessura sigmoidea o del cieco (*coecum mobile*); come invece le adesioni intestinali e gli strozzamenti si verificano nella flessura lienale e nel cieco (*coecum adhaesivum*): la prognosi è cattiva, e per lo svuotamento del cieco disteso si raccomanda l'appendicostomia. Nel colon, come nel cieco, la parte più importante spetta ai processi discendenti dal piloro e ascendenti dall'appendice; i catarri favoriscono il numero e la virulenza dei batterii intestinali e la formazione di ulcerazioni.

Alle coliti circoscritte possono accompagnarsi peritoniti mortali, come ho potuto osservare in alcuni casi; ad eccezione di questi, in generale la prognosi di questa colite è favorevole.

Nella colite acuta il primo posto spetta alla terapia interna, riserbando il trattamento chirurgico ai casi di peritonite o nell'ascesso.

La colite cronica circoscritta ci interessa come tiflocolite e sigmoidite; una gran parte delle affezioni comprese sotto il nome di appendicite cronica sono da ritenersi come conseguenza di un catarro cecale localizzato, ed anche qui, come ho già accennato, il sintoma principale è la costipazione abituale. Si cominciò a curare chirurgicamente la costipazione correggendo l'abnorme posizione e la distensione dell'intestino; da parecchi anni io soglio ridurre un cieco fortemente dilatato, e nel mio libro *Patologia e terapia della peritiflite* (1906) ho già indicato e descritto questo processo come plastica cecale; ma in seguito si andò ancor più innanzi: si eliminarono le contratture cicatriziali e le aderenze o si ridussero le flessioni mediante la fissazione del colon (Wilms fissava il cieco in una plica peritoneale), o si ridusse un tratto dell'intestino dilatato, o si fecero, quando altro non bastava, delle resezioni.

Per personale esperienza io preferisco trattenermi dinanzi a tali tentativi: noi siamo ancora all'inizio soltanto di importanti ricerche e di studii, e sopratutto molto è ancora necessario conoscere sulla normale funzione fisiologica dell'intestino prima di stabilire le indicazioni per un intervento chirurgico. Il Lane, che per primo praticò la estirpazione totale del crasso, vi fu veramente costretto per speciali circostanze.

La costipazione ha una svariatissima patogenesi, che non vale neanche ad illuminare il metodo di ricerche radiografiche per quanto riguarda nel singolo caso lo speciale atto operativo, ma dobbiamo riconoscere i notevoli progressi fatti e con piacere dovremo accogliere ogni nuovo studio che sarà fatto sull'argomento.

La colite ulcerosa, che assai frequentemente ha dato ragione ad un intervento operativo, non sorge frequentemente, giacchè è il risultato finale di infiammazioni pregresse, e la mucosa dell'intestino crasso presenta i segni dell'infiammazione prima ancora che appariscano i sintomi di un'ulcerazione. Talora la colite ulcerosa si è originata in seguito a parto o ad aborto. L'irritazione cronica della mucosa passa allo stato ulceroso, che si manifesta con la presenza di sangue e di pus e con alterazioni della defecazione,

ed in tali casi il processo non finisce neanche con l'appendicostomia, o con una fistola alla Witzel, o con la colostomia; la vaccinoterapia insieme all'apertura dell'intestino potrà dare risultati migliori intervenendo con la maggior sollecitudine.

La colite ulcerosa è specialmente caratterizzata dalle frequenti recidive; si sviluppa nel corso di una dissenteria, di una colite muco-membranacea, magari di un semplice catarro con costipazione, come in seguito a tubercolosi, a sifilide o ad altre infezioni. È evidente che la prognosi varia secondo le cause produttrici, e però è sempre da raccomandarsi lo studio dell'etiologia in ogni singolo caso per avere un esatto criterio della convenienza di un trattamento chirurgico. Tre gruppi di coliti possono esser trattati chirurgicamente: le forme gravi di colite diarroica od emorragica ed ulcerosa, la colite membranacea decorrente con fenomeni clinici meno imponenti, e finalmente quella forma di colite accompagnata da costipazione semplice senza intensa secrezione.

Finisco, o signori, ricordando quali sono gli scopi che deve raggiungere il trattamento chirurgico della colite: esso deve mettere l'intestino in riposo, liberandolo del suo contenuto, provvedere alla disinfezione con le opportune irrigazioni e modificare con cure medicinali le lesioni della mucosa. Questi scopi si possono raggiungere con la formazione di una fistola, con un ano contro natura, con una enteroanostomosi, con l'ileosigmoidostomia e finalmente con la resezione di un intero tratto dell'intestino.

Quando, riuscito infruttuoso ogni altro trattamento curativo, l'infermo è costretto a ricorrere all'opera del chirurgo, sul cui nuovo e vasto campo di attività tutti i medici confidano, questi ricordi che, non essendo ancora chiaramente spiegata tutta la fenomenologia, è necessaria la maggior prudenza e tenga bene a mente il detto comune: « Prima ponderare e poi agire ».

(E. SONNENBURG. *Die Therapie d. Gegenw.*, fasc. 7).

D. DE CHIARA.

Il fascicolo di gennaio 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medica di Parma.

Seduta del 13 dicembre 1912.

G. Finzi. *Sulla specificità e sul valore diagnostico della reazione di Ascoli « termoprecipitine » nella diagnosi del carbonchio ematico e del mal rossino.* — Dalle ricerche dell'A. risulta che la *termoprecipitina* di Ascoli nella diagnosi del carbonchio ematico non sembra avere nessun valore specifico dal punto di vista scientifico, per il fatto che il gruppo funzionale della sostanza precipitogena (derivati carbonchiosi) trova il suo corrispondente nelle precipitine di sieri specifici non carbonchiosi (sieri contro il mal rossino, siero antipestoso, antistreptococcico, polivalente antipiogeno, antimeningococcico, antidissenterico, antidifterico, antischiavinico, antivelenoso), quando sieno prolungatamente riscaldati a 55°. Lo stesso fatto che estratti di organi sperimentalmente infettati di carbonchio, sono atti a dare una reazione zonale nettamente positiva allorchè sono fatti agire di fronte a siero contro il mal rossino, viene a togliere alla reazione di Ascoli ogni valore scientifico e pratico nella diagnosi del mal rossino.

Di più non solo i sieri specifici accennati sono atti a fornire una precipito-reazione zonale caratteristica allorchè sono fatti agire di fronte a derivati carbonchiosi, ma anche il siero di cavallo, di bue, di cavia normali purchè riscaldato per 12-24-42 ore a 55°-56° e l'ovoalbumina.

Per queste ricerche l'A. nega che la reazione zonale di Ascoli sia legata alla quantità di anticorpi coagulanti esistenti nei sieri specifici e non ritiene nemmeno che sia il risultato di un potere di affinità speciale del gruppo funzionale della sostanza precipitogena contenuta nei derivati carbonchiosi di fronte alle precipitine dei sieri specifici e conclude che, pure trattandosi di una reazione intimamente legata ai soli derivati carbonchiosi, non si ha probabilmente a che fare con una reazione di ordine biologico.

BRAGA.

Il fascicolo di gennaio 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla etiologia della parotite epidemica.

Il Merelli, della Clinica medica di Pisa (*Pathologica*, 15 agosto 1912,) ha avuto occasione di studiare dal punto di vista bacteriologico e serologico 8 parotitici, in una piccola epidemia fra militari. È noto che le ricerche, anche non recenti, avevano assodato concordemente nel sangue, nella parotide di questi ammalati un micrococco tetrageno, noto pure che la prova dell'agglutinazione anche a forti diluzioni positiva faceva propendere quasi tutti gli autori ad ammettere che il micrococco tetrageno forse l'agente della malattia: nessuno però era riuscito a dare la prova biologica in animale della specificità del germe, esistono ancora discordanze circa il comportamento del micrococco in parola: accanto a chi lo ritiene gramresistente e non fondente la gelatina (Michaelis, Teissier, Esmein) v'ha chi lo ritiene gramnegativo e fondente la gelatina (Capitan e Charrin, Laveran, Catrin), chi infine lo ha trovato ora gramresistente e non fondente, ora gramnegativo e fondente la gelatina (Carrière).

Su otto casi di parotite l'autore ha isolato un micrococco tetrageno dal sangue e dalla sierosa del testicolo (nei casi complicati ad orchite): la prova è riuscita in quei casi in cui la malattia si presentava con caratteri d'una certa gravità, accompagnata da tumor di milza, nei casi cioè in cui tutta la sindrome faceva pensare ad un'affezione setticoemica.

Il cocco isolato dal Merelli resiste al Gram, non fluidifica la gelatina, intorbida il brodo formando un deposito pulverulento al fondo e sulle pareti. Non coagula il latte, su agar dà colonie rotonde od ovalari, biancastre, poi con patina umida, a margini un po' frastagliati, in un caso solo la patina acquistò un colorito giallo limone, proprietà cromogena che si mantenne nei successivi passaggi.

La prova dell'inoculazione nei comuni animali di laboratorio e nel topo bianco, assai recettivo al tetrageno, rimase negativa. In compenso la prova dell'agglutinazione fu positiva anche in diluizioni fino ad 1:500, mentre negativa rimaneva col comune tetrageno e col siero di individui normali, la prova della deviazione del complemento (preso come antigene l'emulsione del tetrageno isolato) fu positiva in 5 casi; tre diedero resultati dubbi, alcuni negativi, negativi sempre i controlli vari e con tetrageno comune.

L'A., sebbene sia mancata anche nelle sue mani la prova della riproduzione sperimentale della malattia in animale, tende a ritenere, per la concordanza dei resultati cogli autori precedenti e per il conforto delle prove serodiagnostiche, che il *micrococco tetrageno sia l'agente della parotite epidemica.* *t. p.*

SEMEIOLOGIA.

Sulle cautele necessarie durante l'esame nevrologico in soggetti colpiti da infortunio.

Lo Schüster in un articolo del Mediz. Klinik 1912, n. 42, comincia con l'osservare come i medici non dissimulino quanto ad essi riesca sgradevole il doversi occupare della diagnosi, della valutazione e della cura nei casi di nevrosi traumatica. Ciò dipende non solo dalla difficoltà di ottenere, mediante l'esame obbiettivo, risultati sicuri, ma anche dai frequenti fastidi che più tardi vengono al perito da parte ora degli assicurati, ora degli assicuratori. Lo Schuster ritiene quindi non privo di interesse l'esporre alcune considerazioni intese a rendere più che è possibile proficuo e probativo l'esame del soggetto e quindi ad assicurare validità al giudizio e tranquillità al perito che lo ha formulato.

È anzitutto necessario, prima di procedere all'esame obbiettivo, il rendersi conto dell'andamento della vertenza; le osservazioni dei medici che hanno antecedentemente esaminato il soggetto, come pure i vari documenti allegati, permettono infatti spesso al perito di fissare immediatamente la propria attenzione sui punti più importanti. Certo è facile obbiettare che il prendere visione dei documenti può destare preconcetti nell'animo del perito; ma l'A. ritiene che questo pericolo sia assai meno grave di quanto suole affermarsi.

Il perito deve non soltanto evitare ogni preconcetto, ma ancora studiarsi di guadagnare, almeno per quanto è possibile, la fiducia dell'esaminando. Se il soggetto si persuade di trovarsi dinanzi ad un osservatore spassionato, ad un medico animato da sentimenti di benevolenza, egli rinuncerà non di rado alla volontaria esagerazione che riteneva indispensabile rispetto ad osservatori secondo lui più ostili e meno coscienziosi.

D'altro canto il perito non deve mancare di tutelare anche gli interessi dell'assicuratore, e deve quindi anzitutto evitare ogni espressione

che possa indurre — coscientemente o incoscientemente — l'esaminando ad aggravare le sofferenze già esistenti o a crearne delle nuove. A questo proposito può dirsi che le cautele non sono mai eccessive, tanto più che le parole del medico vengono spesso mal comprese. Anche senza convenire col Bianchi che tutta l'isteria traumatica non è altro se non il prodotto di una azione nociva esercitata dal medico, non si può dubitare affatto che la suggestione medica costituisca un elemento importantissimo per la produzione e per il consolidamento dei disturbi accusati dagli infortunati.

In rapporto con quanto si è ora detto va messo un altro dei suggerimenti su cui insiste lo Schuster, quello cioè di non utilizzare mai metodi di indagine pericolosi o molto dolorosi (correnti elettriche intense, energica percussione del capo, movimenti passivi forzati, ecc), giacchè assai spesso accadrà più tardi che il soggetto accusi il medico di aver determinato un peggioramento nelle sue condizioni.

Un concetto generale a cui tutte le indagini devono informarsi è il seguente: l'esaminando deve, per quanto è possibile, ignorare quale è lo scopo a cui tende l'esame. A questo concetto generale si riannodano necessariamente la maggior parte di quegli artificî di cui sogliono giovarsi i periti per scoprire la verità, anche contro la volontà dell'esaminando.

In genere non riesce difficile lo sventare la simulazione della completa paralisi di un arto; basta sovente il disporre l'arto stesso in una speciale posizione per ottenere, al comando, movimenti che, all'insaputa dell'esaminando, richiedono la partecipazione di muscoli che il soggetto affermava paralizzati. Anche più semplice è il seguente artificio: si solleva passivamente l'arto che vien detto paralizzato, e si mantiene per un certo tempo in questa posizione, mentre si cerca, in un modo qualsiasi, di deviare l'attenzione del soggetto; accade assai spesso in tali condizioni che, senza che il soggetto ne abbia coscienza si produce in lui una contrazione attiva dei muscoli, la quale concorre a mantenere l'arto nella posizione in cui esso è passivamente sorretto; sicchè, se l'esaminatore toglie improvvisamente il sostegno, l'arto stesso conserva la posizione assegnatagli ancora per un tempo brevissimo sì, ma sufficiente al perito per dimostrargli che la asserita paralisi non esiste in realtà.

In pratica però la simulazione di complete paralisi è rarissima; in genere l'esaminando accusa solo una più o meno spiccata debolezza dell'arto. Per svelare, in tali casi, la simulazione si può ricorrere a vari artificî, basati sull'opporre al movimento una resistenza; interrompendo improvvisamente tale resistenza si può, nel simulatore, constatare la volontaria innervazione degli antagonisti. Tuttavia tale artificio è ben lungi dal fornire risultati netti e sicuri. L'A. ritiene assai più corrispondente allo scopo di fondare gli artificî su un principio differente, quello cioè di indurre l'esaminando a porre in gioco tutta la forza di cui egli realmente dispone, facendogli credere che ciò egli debba fare nel proprio interesse. Per es., quando l'esaminando accusa debolezza dell'arto superiore, lo Schuster gli chiede se, durante gli sforzi, egli sudi facilmente; e, ottenuta (come suole accadere) risposta affermativa, mentre finge di esaminare attentamente il cavo ascellare per constare la asserita sudorazione, invita il soggetto a compiere movimenti energici con gli arti superiori. Se la debolezza viene accusata a carico di uno degli arti inferiori lo Schuster inganna l'esaminando facendogli credere esser necessario che egli compia uno sforzo coi detti arti per rendere possibile la constatazione di un'ernia.

Quando l'esaminando accusa una invincibile rigidità di alcuni muscoli, riesce sovente facile di sventare la simulazione. Sia ad es. la accusata rigidità a carico dei muscoli della nuca; quando il perito pratica un esame del faringe il capo del paziente si piega spontaneamente all'indietro, o si lascia piegare dall'osservatore.

Per sventare la simulazione delle oscillazioni nella posizione di Romberg, si finga di praticare un esame del visus, chiudendo ora l'uno, ora l'altro occhio, ora entrambi.

Per quanto riguarda i disturbi della sensibilità l'A. ritiene possibile soltanto il distinguere le alterazioni organiche dalla simulazione; isterici e simulatori si comportano invece in maniera identica.

Dal punto di vista epicritico, è certo che lo scoprire determinate contraddizioni nel comportamento della motilità ha, nei rispetti della simulazione, un valore probativo assai maggiore di quanto non abbiano le contraddizioni durante l'esame della sensibilità.

L'A. insiste infine sulla necessità che i giudizi peritali intorno alle nevrosi traumatiche vengano affidati a medici esperti. V. F.

TERAPIA.

L'avvelenamento da funghi e la sua cura.

Come è noto, l'autunno è la stagione dei funghi, e purtroppo i casi d'avvelenamento prodotti da questo ricercato commestibile non sono rari, quindi non riuscirà del tutto inutile una rapida incursione nel campo della sintomatologia che si accompagna alle intossicazioni di tal natura e della relativa terapia.

Dal pubblico grosso sono denominati indifferentemente « funghi velenosi » tutti i funghi capaci di determinare accidenti tossici di gravità variabile. Orbene, bisogna sapere che le stesse specie di funghi determinano sempre le medesime manifestazioni, quasi costantemente identiche in ciascun caso. Da questo punto di vista si possono suddividere i funghi non commestibili in tre categorie:

1° *Funghi sospetti*, che provocano talora delle semplici indisposizioni, talora delle forti indigestioni, ma giammai degli accidenti gravi. Fra essi bisogna classificare il *boletus satanas*, il *boletus lividus*, il *boletus variegatus*, la *morchela esculenta*, l'*helvella crispa* che non deve essere mangiata allo stato di freschezza, alcuni lattarini, ecc.

2° *Funghi pericolosi* che dànno luogo ad una imponente sindrome morbosa con disturbi intestinali ed intellettuali, ma la cui prognosi non è in genere fatale. Tra essi bisogna classificare l'*amanita pantherina*, l'*amanita muscaria*, e la *lepiota helveola*.

3° *Funghi mortali*, a cui sono da imputarsi i decessi che avvengono così spesso in seguito ad ingestione di funghi. Tra essi bisogna classificare l'*amanita phalloides*, l'*amanita vera*, l'*amanita citrina* od *a. mappa* e tutti i funghi provvisti di volva.

La differenza di tossicità fra le tre categorie di funghi dipende dal fatto che esse contengono dei principi tossici diversi. I funghi sospetti contengono delle resine come l'acido cambogico, l'acido agaricico ed altre sostanze poco conosciute. I pericolosi contengono la muscarina alcaloide cristalizzata considerata da Ch. Moureau come derivato della colina per ossidazione della molecola alcool. I funghi mortali contengono un formidabile veleno, la fallina, di cui bastano 3 soli cgm. per distruggere in poche ore tutti i globuli rossi contenuti nel sangue umano!

I sintomi dovuti all'ingestione di funghi sospetti si riducono a volte a delle semplici indisposizioni con malessere, nausea, disturbi digestivi; a volte consistono in coliche, in diarree, sudori, ansietà, stato di prostrazione più o meno pronunziato, ma tutto finisce presto e bene. Talora si hanno vomiti che liberano l'organismo dalla *materia peccans*.

Quando si sono mangiati dei funghi pericolosi, che contengono muscarina, i primi sintomi appariscono ben presto da 1 a 4 ore dopo il pasto: si manifestano delle allucinazioni come in istato di ebbrezza, del delirio gaio o violento, dei crampi dello stomaco, dei vomiti, della diarrea. A partire da questo momento, in cui il veleno viene espulso, il malato si addormenta di un sonno pesante. Al risvegliarsi si ricorda appena appena di quanto è successo in modo vago e confuso.

Quando si sono mangiati (*quod Deus avertat!*) dei funghi mortali o contenenti fallina, i primi sintomi compariscono molto tardi, vale a dire dieci-dodici ore dopo i pasti. Si manifestano delle vertigini, un senso di malessere generale, delle nausee, un senso di pesantezza allo stomaco, dei crampi, pirosi, con senso di strangolamento e sete ardente. Ben presto fanno la loro comparsa dei sudori freddi, dei vomiti, una diarrea fetida commista a sangue con dolori vivi nella regione anale. La regione gastrica è così iperestesica, che non si può toccare senza far gridare il malato, il quale sta in posizione di difesa colle coscie flesse sul bacino. Anuria od oliguria, in quest'ultimo caso le urine sono scarse e di color bruno carico. La pelle del corpo assume una colorazione itterica, il fegato è voluminoso.

A questo periodo ne succede uno di calma apparente durante il quale l'ammalato si assopisce, ma ben presto ricompariscono delle nuove crisi dolorose. Lo stato generale diviene sempre più scadente. Finalmente si manifestano dei disturbi motori, paralisi, collassi, il polso si indebolisce sempre di più e non tarda a verificarsi l'*obitus*.

Cura. — Nel caso di avvelenamento da muscarina bisogna:

a) non far bere nè elixir, nè cordiali che aumenterebbero l'assorbimento e la diffusione della sostanza tossica;

b) far rigettare l'ammalato titillandogli la gola e facendogli bere un po' di acqua tiepida (evitare l'ipecaquana ed il tartaro stibiato). Se il paziente ha spontaneamente e sufficientemente rigettato non si ricorrerà ad alcuna manovra vomitiva;

c) praticare una lavanda gastrica possibilmente con un tubo di Faucher;

d) somministrare un buon purgante (a preferenza l'olio di ricino nella dose di 30 gm.) o, se ciò non fosse possibile, praticare un lavativo;

e) riscaldare le regioni del corpo che si raffreddano per mezzo di *boules* di acqua calda, di cataplasmi molto caldi sull'addome, di frizioni all'alcool;

f) sostenere le forze del cuore mercè iniezioni eccitanti;

g) far respirare dell'etere ed in mancanza dell'aceto aromatico.

In caso di ingestione di funghi mortali contenenti fallina bisogna:

a) non far vomitare, poichè dato che le manifestazioni dell'avvelenamento fallinico sono tardive, in questo momento i principî tossici sono già assorbiti ed entrati in circolo, quindi ogni manovra vomitiva non avrebbe altro effetto che quello di esaurire vieppiù il paziente;

b) aiutare l'organismo a lottare contro l'abbattimento prodotto dal veleno. Si somministrerà del caffè forte, dell'etere sullo zucchero, 3-4 cucchiaini di sciroppo d'etere, si riscalderà il corpo per mezzo di *boules*, di frizioni;

c) somministrare un purgante (a preferenza dell'olio di ricino, in mancanza di questo del solfato di sodio, di magnesio);

d) provocare la diuresi facendo ingerire del latte o delle tisane di dente di cane, di borragine medicate al nitrato di potassio (gm. 2 *pro die*). Nei casi più gravi ricorrere all'ipodermoclisi di siero artificiale, adrenalizzato;

e) contro i vomiti prescrivere ghiaccio, acqua di Seltz, pozione del Riverio, acqua cloroformizzata con cocaina. Contro la debolezza cardiaca praticare delle iniezioni di caffeina, di olio canforato, di solfato di sparteina. Se l'infiammazione dell'intestino è viva la si combatterà per mezzo di clisteri di acqua di malva laudanizzati. La morfina benchè irrazionale è talora indispensabile tanto sono atroci i dolori. Se l'ammalato delira si daranno dei calmanti, se è abbattuto degli stimolanti.

Profilassi. — Tutti gli antichi mezzi vantati come infallibili per svelare e sventare la velenosità dei funghi non hanno in realtà alcun valore. Di consigli buoni non ve n'hanno che tre:

1° strappare il piede completamente in modo da vedere se esiste il volvo;

2° pensare sempre — allorquando il fungo porta dei foglietti — che si possa trattare di amaniti;

3° sia che esista un volvo ben caratterizzato, sia che ne esistano dei residui, od anche nel caso di dubbio buttar via senza esitazione i funghi sospetti (1).

TR.

(1) *La Presse Médicale*, 18 settembre 1912; la *Gazette des Hôpitaux*, 21 settembre 1912; il *Bulletin Médical*, 21 settembre 1912, e l'eccellente libro di Ed. Laval: *Les champignons d'après nature*, Paris, Delagrave, 1912.

VARIA

Chirurgia e reati di sangue. — Tutti ormai sanno — non esclusi i sociologhi criminalisti improvvisati — che la civiltà modificò le forme della delinquenza. Questa non è più — in genere — brutale, feroce, barbaramente medioevale come ai tempi dello storico *trombone*. Alle esplosioni cruente del malfattore altre forme delittuose si sostituirono. Allo stile avvelenato si sostitui il ricatto, la ben architettata truffa, la firma falsa, cara agli strozzini dei minorenni. E questo — tra parentesi — prova come la nostra cività sia ancora imperfetta, perchè l'istruzione scompagnata dall'educazione non è che un'arma avversa fornità ai candidati alla criminalità.

L'evoluzione della delinquenza, sotto un certo aspetto, spiega assai più d'una volta maggiore rispetto alla vita umana, ma talora non è meno feroce d'un tempo ed è quando la penna delinquente insidia all'onore altrui, fa strazio della quiete domestica.

Auspice dunque la civiltà diminuirono i reati di sangue da una trentina d'anni in qua pure in Italia, dove tuttavia in molte regioni impera ancora la scuola maledetta del coltello.

Ma la verità vuole si dica che gli omicidi diminuirono anche per un'altra ragione, che mi accingo ad esporre, accompagnata da talune modeste osservazioni, delle quali dovrebbe occuparsi il patrio legislatore, tanto più che distruggeranno alcune rosee illusioni in molte persone che credono diminuiti i reati di sangue più di quanto non lo siano *realmente*. La civiltà, certo, attenuò, e anche distrusse date forme di reati cruenti, ma le cifre di questi, specialmente per quanto concerne gli omicidi, subirono una diminuzione pure in virtù dei miracolosi progressi della chirurgia generale.

Per uno studio comparato che sto preparando sui reati di sangue, ho avuto modo d'accertare quanto segue e che riflette il periodo di tempo che corre dal 1888 al 1910, cioè di 22 anni.

Gli omicidi cominciando dal 1888 si convertono man mano in tentati, mancati omicidi e persino in lesioni guaribili entro dieci giorni, e giungendo sino al 1910 trovo che tale conversione riduce la cifra 100 degli omicidi a 33. Una diminuzione enorme, di quasi, come si vede, del 70 %.

Tutto codesto è dovuto alla chirurgia, ai rapidi mezzi di comunicazione, di trasporto dei feriti, al numero cresciuto degli ospedali, all'aumentata nobile legione degli operatori abili, alla diffusa scienza della antisepsi, all'assistenza pronta della benefica istituzione che s' intitola « Croce Verde ».

***

Ventidue anni or sono, e ancor più trenta e quarant'anni fa su 100 feriti letalmente, soltanto circa 33, o 34, venivano salvati dalla morte, tanto più calcolandosi che allora (e pure adesso, in genere) le vittime dei reati di sangue appartenevano e appartengono a classi sociali povere, ignare dell'igiene, dei primi urgenti soccorsi; sopratutto, ripeto, 40 anni or sono. Una ferita penetrante in cavità era la morte sicura, donde la figura del reato d'omicidio. La sapiente moderna chirurgia dal 1888 al 1910 ruba alla morte, ritorna a vita, quasi sempre sana, oltre il 67 % dei feriti letalmente, e così il delinquente — che pur *volle* uccidere e bene esplicò la sua intenzione omicida per l'indole dell'arma usata, per la località del corpo umano colpita, non deve più rispondere di omicidio, ma di un tentativo e non di rado di una semplice lesione guaribile in 30, e anche in... 10 giorni.

La sapiente e umana chirurgia salva un infelice dalla morte cui avrebbe avuto sottostare 40, 30 anni or sono, e salva del pari il delinquente dalla pena assai maggiore che in quel tempo gli sarebbe stata inflitta dal codice punitivo. Noi non siamo mai stati — anche quando ci onorammo d'indossare per 29 anni la grave toga del Pubblico Ministero — cacciatori feroci di condanne gravi, tanto più che vedemmo quasi sempre ne' sanguinari, *malati*, ai quali deve pesare assai più del reclusorio il manicomio criminale: noi — come sempre — c'inchiniamo alla sapienza, creatrice di umanità, della chirurgia miracolosamente operante. Ma questo, onestamente, ci domandiamo: sta bene che si salvi un uomo dalla morte, ma è giusto non si modifichi la legge penale in modo che chi *volle* uccidere sottostia alla pena meritata e non a quella di cui *egli si benefica in grazia dell'abile ferro chirurgico?* La pena odierna più mite suona omaggio al chirurgo, ma deve aver forma di premio per chi, senza quel chirurgo, avrebbe dovuto rispondere di omicidio? Si dice (e certo ciò ha peso): « L'accusato deve rispondere *del fatto come si presenta* al giudice ». Giusto, ma dell'intenzione manifesta si deve tener calcolo pure per giustizia e non parmi equo che chi divenne feritore soltanto, e cessò quindi d'essere omicida per merito della chirurgia, non debba avere una pena, ma se non può esser quella dell'omicida, pure dovrà essere più grave di quella del semplice feritore. La vera giustizia, parmi, questo chiaramente dica e voglia, come dice e vuole da lungo che si introduca nella nostra legge la riforma riguardante il danno da risarcirsi sempre alla vittima, senza bisogno d'intervento della Parte civile. E pure il legislatore su questo proposito aveva sott'occhio lo studio poderoso del comm. prof. Giuseppe Gregoraci, pubblicato sin dal 1903, che appunto dimostra come debba vivere la riparazione del danno nella funzione punitiva.

Dalla voluminosa mia cartella, contenente un ricco materiale in ordine ai reati di sangue e ai titoli di questi modificati dall'abilità del chirurgo tolgo alcune cifre relative alla Francia e all'Austria e una memoria lasciatami dal compianto illustre operatore prof. Ezio Caselli da Reggio Emilia.

In Italia dunque dal 1888 al 1910 la chirurgia in ragione del 67 % ridusse gli omicidi d'una volta a ferimenti gravi o semplici: la Francia ci offre una riduzione circa del 68 %, l'Austria del 71 %, e altre cifre importanti potrò dare quando il lavoro sarà compiuto,

Il prof. Caselli in soli 8 anni del suo ministero salvò dalla morte 92 persone ferite mortalmente e così senza l'opera sua, o di altri come lui valenti, gli accusati sarebbero stati puniti quali omicidi: lo furono, per contro (a parte gli assolti) quali feritori.

Se non m'inganno, queste cifre per il loro valore, dovrebbero costituire un contributo — sia pure modesto — allo studio della riforma del codice penale circa i reati di sangue.

(Dall'*Avvenire Sanitario*).

LINO FERRIANI.

IGIENE

Il tifo a Roma.

Riassumendo: il contatto, il pulviscolo atmosferico, gli insetti, gli alimenti e le bevande sono tutti veicoli capaci di diffondere il bacillo produttore del tifo: tutti perciò dal medico pratico, dall'igienista e dal legislatore debbono essere tenuti nel dovuto conto per combattere efficacemente questa malattia.

Non è qui il caso di metterci a discutere su ciò che possa e debba fare il legislatore: fermiamoci invece a considerare quale sia il compito praticamente possibile del medico pratico e dell'igienista ufficiale sanitario.

Prima di tutto è evidente che il compito principale di ogni persona che si occupi di medicina e d'igiene è quello della propaganda fatta, più che altro, coll'esempio. Quale impressione farà mai in chi ascolta il vedere un medico che, mentre sta parlando dei veicoli di diffusione p. es. della tubercolosi, non senta vergogna di sputare disinvoltamente sul pavimento? Che cosa diranno i parenti di un tifoso quando il medico, dopo

averli messi in guardia contro i pericoli del contatto, se ne andrà dalla casa del malato senza nemmeno essersi lavate le mani? Per ciò che riguarda la propaganda orale, nulla poi è più importante del citare casi avvenuti e fatti sperimentali. Le teorie, anche le più semplici e le più chiaramente esposte, non fanno mai sulla nostra immaginazione tanta impressione quanto il racconto di un fatto o di un esperimento eseguito.

Che cosa, ad es., potrebbe più facilmente ed in modo più duraturo, convincerci della possibilità che il latte venga inquinato da feci umane che il fatto più sopra citato di tre vaccai ammalatisi di colera e che, tutti tre, si rendono centro di diffusione della malattia per mezzo del latte?

Ma da questo importantissimo esempio del colera di Roma sorgono due regole profilattiche di importanza capitale e capaci di essere messe in attuazione l'una dalle famiglie e l'altra dall'igienista ufficiale sanitario.

La difesa dalle malattie infettive diffusibili per mezzo del latte, attuabile dalle famiglie, è facile compendiarla nel precetto generale: non fare mai uso di latte crudo.

Ma siccome per la difesa di una città verso una data malattia non è possibile fondarsi sulla sola collaborazione dei singoli individui, è necessario prendere provvedimenti generali tendenti a tutelare la totalità degli abitanti. A raggiungere questo scopo occorre l'opera dell'ufficiale sanitario il quale in molti modi può accingersi alla lotta. Ma per tenerci in un campo limitato e per non divagare dall'argomento prefissoci, vediamo che cosa l'ufficiale sanitario può fare riguardo al latte. In alcune circostanze speciali, come p. es. durante l'infierire di una grave epidemia, sarà anche possibile vietare la vendita del latte non bollito ed un provvedimento di tal genere fu preso in Roma durante il colera.

Ma, prescindendo dal fatto che il latte può essere inquinato nella vaccheria o nella latteria anche dopo l'avvenuta ebollizione, è evidente che questo non può essere un provvedimento permanente. Più importante, e forse meno difficile a controllarne l'esecuzione, è il provvedimento destinato a tener lontane dal latte le persone capaci di infettarlo, e perciò i malati di tifo, i convalescenti ed i portatori di bacilli di questa malattia.

Come è possibile raggiungere questo scopo? Il punto di partenza è, naturalmente, sempre la denunzia. Ma fino a che i medici si limiteranno a denunziare solo i casi gravissimi che, pel possibile esito letale, non è possibile tener nascosti, gli effetti utili della denuncia saranno sempre molto discutibili. E che nella maggior parte dei casi i medici denuncino solo i casi gravi, ce lo dimostrano le statistiche di Roma. Noi abbiamo qualche periodo nel quale i morti per tifo sono pochissimi p. es. 5 o 10 al mese. In questo periodo è naturale che fra la popolazione non si parli molto di questa malattia ed i medici trascurino le denunzie: difatti ai 5 o 10 casi mortali corrispondono 10 o 20 casi denunciati. Una mortalità del 50 %! Ma ecco che la malattia assume vero aspetto epidemico, il pubblico ne parla, se ne appassiona, e le denuncie dei casi più leggieri aumentano tanto che la mortalità si abbassa fra i suoi confini, direi così, legali dell'8 o 10 %.

La cosa certo è deplorevole; ma quando pensiamo che solo pochi anni fa la media delle denunzie era immensamente inferiore a quella attuale non vi è ragione di sconforto.

Ricevute le denuncie dei malati di tifo, l'ufficiale sanitario deve attentamente ricercare se fra essi vi è nessuno che abbia, in qualsiasi modo, rapporti col latte ed in questo caso la sorveglianza deve essere rigorosissima. Terminata la malattia l'ufficiale sanitario dovrà risolutamente opporsi a che il guarito torni al proprio commercio se l'esame batteriologico, più volte ripetuto, delle feci e delle urine non abbia con sicurezza escluso la presenza del bacillo del tifo. Eseguire un esame siffatto non sarà forse cosa facile in tutti i comuni; oggi però in parecchie provincie sono stati stipulati concordati e patti speciali fra i comuni e le città capoluogo per mettere a disposizione dei primi i laboratori in queste esistenti.

Pure ritenendo che varie e numerose sono le vie per le quali il bacillo del tifo può introdursi nell'organismo umano, sono persuaso che, fra di esse, il latte ne rappresenta una principalissima e che un'accurata profilassi eseguita in questo senso, non potrebbe mancare in breve tempo di far sentire una benefica influenza.

S. SANTORI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

C. NEGRO. **Patologia e clinica del sistema nervoso.** Lezioni XXV. 1912. Lattes edit. L. 15.

Accanto alle migliori opere di neuropatologia trova oggi posto nella nostra biblioteca questo recente volume del prof. Negro, nel quale sono sovratutto a rilevare la scelta felice degli argomenti che formano materia delle singole lezioni

svolte con mirabile chiarezza, l'esposizione di dati semiologici di personale acquisizione dell'autore e l'interpretazione nuova di fatti diversamente considerati da altri studiosi.

Gli allievi del Negro e i medici, che tanto spesso nella loro pratica quotidiana si trovano di fronte a lesioni del sistema nervoso pel cui giusto apprezzamento occorrono attenta osservazione e studio diligente, devono accogliere con sincera compiacenza questo volume, che sarà letto e consultato con vero profitto anche dagli specialisti, provenendo dalla penna sapiente di uno dei più noti neuropatologi italiani.

E va ricordata infine la cura posta dall'editore Lattes perchè il libro riuscisse opera degna del nome dell'autore. R. PINALI.

J. SAWYN. **Insonnia.** Birmingham, Cornis Bros.

Una pubblicazione sull'insonnia sarà sempre accolta con entusiasmo dal medico pratico, tanto più quando l'argomento, come nella monografia del Sawyn, è trattato in modo completo. Dopo un'esposizione sommaria delle condizioni fisiologiche del sonno l'A. passa rapidamente in esame le cause dell'insonnia e la terapia più indicata nei singoli casi. I. T.

C. ADAM. **Opthalmologische Diagnostik**. Berlin, Urban u. Schwarzenberg, 1912. M. 21.

Dopo alcune considerazioni teoriche generali, 'autore fa un'esposizione accurata delle affezioni del fondo dell'occhio d'importanza non solo puramente oftalmologico ma anche per la medicina interna e specialmente per la neuropatologia. Oltre che dal punto di vista dottrinale, il lavoro vale per la bellezza delle tavole a colori, di cui ne sono intercalate 48. Esistono inoltre numerose figure in nero nel testo. R. B.

G. LEWINSOHN. **Die Entstehung der Kurzsichtigkeit**. Berlin, Karger, 1912. M. 2.50.

Tra i problemi più importanti della oftalmologia è quello delle cause della miopia: nonostante gli studi più accurati non si è riusciti finora a darne una teoria soddisfacente.

L'argomento è trattato con rara competenza dal Lewinsohn che in una piccola monografia ha raccolto tutto ciò che a questa questione si riferisce. R. B.

D. F. TERRIEN. **Le traitement des conjonctivites.** Poinat édit. Paris. Fr. 0. 50.

Lo studio dell'A. si limita nel vasto capitolo delle congiuntiviti a tre sole forme: alla catarrale, alla purulenta (gonococcica o non), alla congiuntivite a false membrane. L'esperienza dell'A. conferisce a questo volumetto, il 38° della serie della *Consultations médicales françaises*, un peculiare valore per il medico pratico. *t. p.*

PUBLICAZIONI PERVENUTECI

CATTANEO CESARE. Ospedale dei bambini in Milano. Pubblicazioni del Corpo Sanitario. Anno 1912. Vol. II. — Parma, 1912

CORSETTI A. Patogenesi e cura della enterocolite muco membranosa. — Napoli, 1912.

RUBINO A. Le dita a scatto (Lezione clinica), — Napoli, 1912.

ROSSI GIACOMO. Paludismo ed anofelismo nella provincia di Macerata. — Portici. 1911.

MAGALORA M. Acido urico. Suo ufficio ed importanza nella patogenesi della diatesi urica. — Palermo, 1912.

GRASSI E. Il nuovo Brefotrofio della provincia di Milano. — Milano, 1912.

REBAUDI U. La cura della sifilide per via gastrica mediante un nuovo preparato mercuriale: l'ossicolato di mercurio (mergal). — Milano 1912.

DELLA VEDOVA E. Istituto clinico oto-rino laringologico di Milano. Il nostro contributo al « XX Congresso della Società italiana di oto-rino-laringoiatria ». (Venezia, settembre, 1912). — Milano, 1912.

CANTIERI A. Latte steroidato nel morbo di Basedow. — Milano, 1912.

COCCI G. Sulla sorte dei lembi e frammenti di cute inclusi i mezzo ai tessuti. — Arezzo, 1912.

SANTUCCI A. Spedale della Misericordia di Montevarchi. Tabelle e appunti statistici. — Montevarchi, 1912.

RE FRANCESCO. Brevi note sulle malattie oculari dominanti a Tripoli. — Palermo, 1912.

CATTANEO GIUSEPPE. Ambulatorio chirurgico Cattaneo. Ospedale S. Matteo, Pavia. Venti anni di assistenza chirurgica per la lotta contro la scrofola-tubercolosi esterna. — Pavia, 1911.

MASSIMI GIUSEPPE. L'esplorazione vaginale in rapporto all'asepsi nel parto. — Roma, 1912.

FEDELE N. Se si debba permettere od interdire l'allattamento alle donne albuminuriche, colla complicanza o senza di altre malattie acute. — Napoli, 1912.

COSTA U. Contributo clinico allo studio dell'ernia annessiale. — Napoli, 1912.

RASPOLINI LUIGI. Il dispensario gratuito Regina Elena per le malattie dei bambini nella Spezia. (15 settembre 1886 — 31 dicembre, 1911). — Spezia, 1912.

DOMENICHINI G. Di un lobo succenturiato del fegato e sua cura chirurgica. — Pavia, 1912.

FARNARIER G. Essai sur le traitement des cystites par l'enfurnage iodé. — Paris, 1912.

CARVAGLIO E. L'intestino, il mesantere e la milza nelle cirrosi epatiche. — Firenze, 1912.

FERRANNINI L. e SCALIA R. Il polso venoso nell'uomo affaticato. — Napoli, 1912.

LUCANGELI G. D. Delirio acuto con manifestazioni flogistico-emorragiche cutanee, nervose e viscerali. — Roma, 1912.

GRIXONI G. La vaccinazione antitifica. — Roma, 1912.

SCHIASSI. XXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia. Relazione sui vari metodi di anestesia. — Roma, 1912.

MACCONE L. Sifilide ereditaria infantile secondaria e terziaria. — Napoli, 1902.

LIGORIO E. Il nuovo Ospedale infantile Umberto in Venezia. — Bergamo, 1912.

IRACI E. La dispepsia epatica. — Foligno, 1912.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'obbligatorietà dell' inscrizione negli Ordini.

I giornali professionali si sono occupati largamente di un'interpretazione data dal Consiglio superiore di Sanità all'articolo 3 della legge 10 luglio 1910 sugli Ordini dei sanitari. Secondo questa interpretazione (se le notizie diffuse sono esatte) l'alto Consesso sanitario avrebbe statuito che i sanitari che hanno qualità di impiegato inscritto in un ruolo organico di una pubblica amministrazione dello Stato, delle provincie o dei comuni sono obbligati ad inscriversi agli Ordini se esercitano la professione libera, e non sono obbligati se non la esercitano. Ad alcuni questa interpretazione è sembrata ingiusta, e, quello che più importa, assolutamente deleteria per l'avvenire degli Ordini: altri hanno sostenuto che una diversa interpretazione non avrebbe trovato fondamento nella parola della legge del 1910.

Io credo che con molta ragione si sia ritenuta la grande importanza della massima stabilita dal Consiglio superiore di sanità; gli Ordini dei sanitari in tanto potranno essere organismi vitali ed utili per la classe in quanto raduneranno attorno a sè tutti i sanitari di qualunque categoria essi siano. E, specialmente nei primi tempi, quando l'utilità dell'Ordine per necessità inelluttabili non sarà così appariscente per occhi che non sono tutti lungimiranti, il pericolo che i restii all'organizzazione tentino di sfuggire all'obbligo della inscrizione per la maglia aperta dal Consiglio superiore sarà molto grave, ed è più che naturale che la classe tenti di correre ai ripari.

Ma per dire il vero, se la decisione dell'alto Consesso è quella che si dice, la costruzione di questi ripari a me non pare molto agevole.

Disgraziatamente la legge del 1910 è poco chiara, e permette interpretazioni restrittive: il suo testo si risente delle difficoltà in mezzo alle quali è nata la legge, ed è strano che molti critici in ritardo, che sono così sciolti oggi nel lamentarne i difetti, abbiano già dimenticato, dopo poco più di due anni, gli scogli che furono dovuti superare abilmente da sperimentati nocchieri parlamentari per non vedere andare a picco la nave.

Se la dizione dell'articolo 3 della legge contiene un'affermazione troppo timida dell'obbligatorietà della inscrizione, giova rammentare che il testo primitivo già approvato dal Senato diceva invece proprio che i medici impiegati non potevano inscriversi in alcun modo.

La dizione definitiva sancisce, almeno, il diritto del sanitario all'inscrizione, se pure possa discutersi se non ne sancisca anche l'obbligo.

Come rimediare, intanto, e come raggiungere il fine dell'affratellamento intero e completo di tutta la classe?

La speranza che il Governo e il Parlamento s'inducano a modificare la legge, perchè poco chiara, e quando i nuovi Ordini non hanno ancora cambiato i denti di latte, sarebbe un'illusione in verità troppo ingenua. E qualunque agitazione per ottenere a soli due anni di distanza una nuova legge sugli Ordini dei sanitari sarebbe destinata, secondo me, a rimanere assolutamente sterile, e penso che sia un deplorevole errore incoraggiare gli Ordini a sciupare le proprie energie in una simile agitazione.

Piuttosto gli Ordini cerchino un rimedio adeguato nel loro proprio campo d'azione.

Poco male se una minoranza di medici, la quale pur avendone il diritto non intende inscriversi, rimanga provvisoriamente fuori degli Ordini. Questi medici entreranno, presto o tardi, se gli Ordini sapranno diventare organismi fattivi, se la loro opera apparirà veramente efficace ed utile per il bene di tutti e di ognuno, e sopratutto se la loro voce suonerà sempre alta e serena in difesa di tutte le buone cause e a condanna di tutte le cattive.

Questo dal punto di vista astratto, direi quasi sentimentale; dal punto di vista pratico, è utile avvertire che gli Ordini debbono definire bene, per conto loro, quello che significhi *libero esercizio* della *professione* e vigilare che non sfuggano all'inscrizione quei sanitari che comunque si dedichino ad esso.

L'Ordine dei medici di Roma nella sua adunanza generale del 1° dicembre 1912 ha

approvato a questo proposito alcuni criteri di massima che il *Policlinico* pubblicò a suo tempo (fasc. 50 del 1912, p. 1848) e che gioverà ricordare. Vi sono alcune categorie di sanitari impiegati cui o per leggi speciali o per la legge sullo stato degli impiegati civili è fatto tassativamente divieto dell'esercizio della professione: alcuno inesattamente ha paragonati questi sanitari impiegati ai magistrati cui è inibita la inscrizione negli Ordini degli avvocati; io li paragonerei piuttosto agli avvocati erariali che sono del pari esclusi dall'inscrizione negli albi dell'Ordine degli avvocati e dei Collegi di procuratori; benchè le differenze sostanziali dei modi e dei mezzi con i quali si estrinsecano le due differenti professioni non rendano calzanti simili paragoni. Estendere l'obbligatorietà della inscrizione a questa categoria di sanitari impiegati sarebbe eccessivo.

Ma vi sono altre categorie di sanitari impiegati cui non è inibito l'esercizio libero da alcuna disposizione di legge, e per i quali le condizioni sono ben differenti.

L'Ordine dei medici di Roma ha affrontata la questione dei medici militari, categoria numerosissima di sanitari distinti e stimati, le cui condizioni di carriera diventano ogni giorno inferiori ai loro meriti, onde non è da meravigliarsi se i più di essi cercano di accreditarsi anche con l'esercizio civile. Quelli che non si dedicano propriamente alla cura dei malati civili, sono però adibiti continuamente da autorità non militari per prestazioni che rientrano nell'esercizio professionale: visite fiscali, visite collegiali, visite arbitrali per la cessione del quinto dello stipendio degli impiegati, ecc. Ora sarebbe un voler sforzare la legge l'ammettere che questa categoria di sanitari possa sfuggire all'obbligo dell'inscrizione nell'albo dell'Ordine, cui il magistrato si rivolge per tassare le perizie che così spesso affida proprio ai componenti di essa categoria.

Per esercizio professionale della medicina, ai fini dell'obbligo dell'inscrizione, secondo l'Ordine dei medici di Roma, non deve intendersi soltanto l'esercizio clinico propriamente detto, ma anche l'esercizio peritale e l'esercizio delle ricerche biologiche e biochimiche attinenti alla clinica, fatto da medici.

Ma sanciti questi principî, per conto proprio, quali mezzi ha l'Ordine per farli rispettare?

L'argomento delle sanzioni per i refrattari all'obbligatorietà dell'inscrizione è molto più arduo, e mi riprometto di riassumerlo in un altro articolo, con la scorta di quanto altri ha già scritto su di esso con competenza e con acume.

Intanto è bene fissare questo punto fondamentale della questione dell'obbligatorietà dell'inscrizione: spogliato l'Ordine di quel carattere di organismo per la difesa di classe che aveva nella mente di molti suoi propugnatori, ad esso rimane quello, che gli viene dalla legge costitutiva del 1910, di organo disciplinatore dell'esercizio della professione medica; nessuna questione deontologica riferentesi a questo esercizio dovrebbe poter sfuggire alla sua azione sindacatrice e disciplinatrice.

Come sarebbe possibile di ottenere la piena e libera esplicazione di quest'azione se potesse sottrarsi ad essa una minoranza sia pure trascurabile di medici, col pretesto, legale o no, che l'opera sua è compiuta per conto dello Stato o di un Comune? Nei conflitti fra un medico libero e un medico impiegato, che potrebbero pur nascere al letto di un malato comune, quale sarebbe l'ente che avrebbe il diritto di dirimerli, se il medico impiegato avesse quello di non riconoscere la competenza dell'Ordine creato apposta per la disciplina dell'esercizio professionale?

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici di Roma. — Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Roma in una sua recente adunanza ha approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Roma avuta cognizione di alcune recenti nomine di funzionari sanitari dell'Istituto nazionale di assicurazioni, sicuro di interpretare il sentimento della classe medica romana, si dichiara dolente di dover constatare che a dette nomine si è proceduto senza un regolare concorso, contrariamente a criteri di convenienza e di equità, e si augura che simile procedimento non debba ripetersi per la scelta dei medici fiduciari dell'Istituto stesso, deliberando che il presente ordine del giorno sia comunicato a S. E il Ministro di agricoltura, industria e commercio ».

In un'altra adunanza, appena giunta notizia dei dolorosi fatti di Roccagorga, il Consiglio del-

l'Ordine approvava la seguente mozione che veniva immediatamente telegrafata al prefetto di Roma:

« Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma, in seguito ai rinnovati e sanguinosi disordini di Roccagorga, in attesa che un procedimento disciplinare svolto con le guarentigie della legge accerti la verità dei fatti addebitati al medico condotto dott. Almerindo Garzia, protesta per i metodi di persecuzione incivile perpetrati contro di lui e lamenta che a questo disgraziato collega sia mancata qualunque tutela da parte delle autorità municipali e politiche locali ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE

(3572) *Capitolato - Redazione di ufficio - Facoltà della G. P. A. - Aumento coattivo dello stipendio.* — L'abbonato 6059 chiede conoscere se in caso di revisione di capitolato possa l'autorità tutoria stabilire condizioni diverse da quelle volute dal Comune; se abbia egli diritto a ricorrere ed a quale autorità possa rivolgersi per ottenere un aumento di stipendio.

Bisogna fare all'uopo una distinzione.

Se l'autorità tutoria procede in base all'articolo 205 del Testo unico della legge sanitaria non ha facoltà di sostituirsi al Comune ed includere nel capitolato disposizioni diverse da quelle deliberate dalla Amministrazione e ciò in conformità di quanto dispone l'articolo 314 della vigente legge comunale.

Che se, come nel caso da Lei esposto, non trattasi di semplice approvazione, ma di vera e propria sostituzione di ufficio in virtù della facoltà derivante dallo articolo 214 della surripetuta legge, ben può la G. P. A. introdurre nel capitolato quelle disposizioni che meglio crede convenienti ed utili per assicurare un buon servizio, ancorchè non volute nè richieste dal Consiglio Comunale, in sede di controdeduzioni. Ella poi non ha alcuna veste per ricorrere perchè il servizio che presta attualmente non è per nulla differente da quello che prestava quando fu nominata. Essendo trascorso il termine di trenta giorni dalla notifica il ricorso è irricevibile.

Per ottenere congruo aumento di stipendio occorre avanzar domanda circostanziata alla G. P. A. ai termini dello articolo 26 del Testo Unico della legge sanitaria.

(3573) *Ritardo della nomina - Un sol concorrente - Ricorso - Valore dello interinato.* — Il Sig. dottor O. F. da M. espone che nonostante avesse felicemente superati due concorsi per la nomina a medico condotto, il Comune non si preoccupa e non procede alla nomina.

Ritiene che il ritardo dipenda dal fatto che nella seconda prova egli fu unico concorrente. Desidera conoscere: 1° se il ritardo può nuocergli; 2° se è ragione di rifiuto l'essere stato unico concorrente; 3° se possa ricorrere; 4° se il periodo di interinato possa valergli per lo acquisto della stabilità.

Il ritardo che il Comune frappone nella nomina non Le nuoce perchè Ella già presta servizio come interino.

Potrebbe ricever danno economico se lo stipendio fissato nello avviso di concorso sia inferiore a quello che attualmente percepisce. La giurisprudenza ha ritenuto che la unicità del concorrente possa essere causa di nullità del concorso quando tale unico concorrente sia ineleggibile o per ragioni fisiche o per ragioni morali. Che se il concorrente sia idoneo fisicamente e moralmente, si ha diritto alla nomina. In caso di ingiustificato rifiuto da parte del Comune si ha la facoltà di invocare l'intervento della autorità tutoria, perchè, trattandosi di operazione obbligatoria, provveda di ufficio. — Il periodo di interinato che Ella sta tuttora facendo va compreso in quello di prova perchè è intervenuto il concorso.

(3574) *Tassa di iscrizione all'albo dei sanitarii.* — Il dott. A. T. da C M. *chiede conoscere se egli, l'aureato dopo il 12 agosto 1911, debba pagare la tassa d'iscrizione all'albo dei sanitarii, a quanto essa ammonta, a chi si deve pagare.*

Essendo stata laureata dopo il 12 agosto 1911 deve pagare la tassa di iscrizione all'albo dei sanitarii.

Faccia la domanda di iscrizione.

La deliberazione del Consiglio, che ordina la iscrizione nell'Albo viene trasmessa al Ricevitore del registro, cui Ella si presenterà per ritirarla, previo pagamento al funzionario medesimo della somma di lire 50.00.

(3575) *Corrisponsione di differenza di stipendio.* — Il dott. G. I. da C. desidera conoscere se possa chiedere la differenza di stipendio riscosso in meno dal 1906 al 1911.

In quanto alla misura dello stipendio bisogna aver riguardo allo avviso di concorso ed all'atto di nomina. Poichè tanto l'uno quanto l'altro indicano lo stipendio in lire 400, Ella può tal somma pretendere, salvo ottenere, come ha già ottenuto, congruo aumento dalla autorità competente. Per gli anni trascorsi non potrà nulla chiedere, salvo che il Comune, in vista della recente deliberazione dell'autorità tutoria, non credesse in linea equitativa corrisponderle, se non in tutto, almeno in parte, ciò che Le ha dato in meno.

(3577) *Cura ferrovieri - Cassetta pronto soccorso.* — Il dott. L. P. da C. S. S. chiede conoscere se il medico condotto sia obbligato a curare i fer-

rovieri che risiedono nel Comune e se ogni imprenditore od industriale deve essere fornito della cassetta di pronto soccorso.

I ferrovieri debbono essere curati dal medico di reparto. Il medico condotto può prestarsi solo in caso di urgenza quando non si possa permettere dilazione di sorta.

Per regola gli imprenditori non hanno obbligo di mantenere la cassetta di pronto soccorso. — Possono essere autorizzati a tenerla con decreto del Prefetto cui dovranno dimostrare di poter con essa adempiere completamente agli obblighi loro imposti dalla legge sugli infortunii. Il Prefetto, ai termini dello articolo 118 del Regolamento 13 marzo 1904, n. 141, provvede con ispezioni, o del medico provinciale o dell'ufficiale sanitario, a riconoscere se il servizio viene sempre ben mantenuto per decidere se debba ancora essere accordata l'esenzione dall'obbligo di apprestare le prime ed immediate cure in caso di infortunio. Altra ingerenza non ha per tal verso l'ufficiale sanitario.

(3579) *Dimissioni - Notifica* — Il dott. F. O. da V. chiede conoscere se le dimissioni date ed accettate dal Comune valgano ad interrompere il periodo di prova e quindi lo acquisto della stabilità e se la deliberazione di accettazione deve essere notificata e seguita da *altra di licenziamento*.

Le dimissioni date ed accettate dalla Amministrazione comunale valgono ad interrompere il periodo di prova ed impediscono, naturalmente, l'acquisto della stabilità. La deliberazione con cui si accettano le dimissioni non deve essere notificata ma portata a conoscenza del sanitario, dopo divenuta esecutoria, a mezzo di lettera di ufficio. Non è necessario che la deliberazione di accettazione delle dimissioni sia seguita da altra di licenziamento, giacchè questa sarebbe affatto inutile dal momento che il medico dichiarava di abbandonare volontariamente il servizio.

(3581) *Flebotomia, estrazione denti.* — Il dottor G. B. da C. E. desidera sapere se il medico è obbligato a fare salassi e applicare coppette a vento. Se tanto l'una quanto l'altra cosa possa essere fatta da estranei in mancanza di personale speciale di bassa chirurgia e se il medico *stesso debba provvedere alla estrazione de' denti*.

In mancanza di speciale personale il medico chirurgo condotto è obbligato a salassi dirigere l'applicazione delle coppette, ed alla estrazione dei denti. Nessun estraneo può farlo.

(3584) *Veterinario di altro Comune - Visite alle carni da esportarsi.* — Il dott. S. B. da B. chiede conoscere se il veterinario di altro Comune possa procedere alla visita delle carni che debbono essere asportate, esigendo *la relativa tassa*.

La visita delle carni, che debbono uscir fuori dal Comune deve essere fatta dal veterinario comunale o, in sua mancanza, dall'ufficiale sanitario. Il veterinario di altro Comune non ha veste per attendere a tale operazione e percepire il retivo compenso. Se egli nel compiere tale funzione assume il titolo e si firma come *veterinario comunale* commette una usurpazione di titolo e funzioni perseguibile anche penalmente. Sarebbe bene denunziare il fatto all'ordine dei sanitari sia per la non ancora avvenuta iscrizione all'albo sia per la commessa violazione delle norme comuni di riguardo professionale.

(3586) *Pensione - Servizio militare.* — Il dottor G. I. da F. chiede conoscere se il servizio militare è considerato come utile per la pensione e quando egli potrebbe essere *collocato a riposo*.

Ai termini dell'art. 7 della legge il servizio militare, con interruzione di carriera, è calcolato al solo fine del raggiungimento del diritto a pensione. Epperò, calcolando per Lei i tre anni di servizio militare, potrebbe chiedere anche ora il collocamento a riposo, ma sarebbe ammesso a liquidare su 23 e non su 27 anni di servizio. In tale stato di cose non la consiglieremmo a lasciare il servizio mentre trovasi tuttora in età giovanile ed in buone condizioni di salute.

Con 25 anni di servizio e 56 di età liquiderà annue lire 1058.48.

(3484) *Interpretazione di capitolato.* — Il dottor G. G. 4976 chiede conoscere se possa riuscirgli dannosa la modifica apportata al capitolato con cui si fa obbligo al medico condotto che coadiuva e sostituisce temporaneamente il direttore dell'ospedale di risiedere *possibilmente nel nosocomio*.

Crediamo che la introducenda modifica non possa riuscirle dannosa dal momento che non trattasi di un obbligo tassativo che Le si impone ma di un semplice atto facoltativo, restando pur sempre Ella giudice della *possibilità o meno* di trasferirsi nel nosocomio.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ACQUAFREDDA (*Brescia*). — Condotta piena. Ab. L. 1200; stipendio L. 3350 compresa indennità uff. san.; tre sessenni di L. 335. Scadenza 15 gennaio.

ANDEZENO (*Torino*). — Condotta; L. 1200, L. 100 quale uff. sanit. e L. 450 per la cura dei poveri corrisposte dalla Congregazione di carità. Scad. 31 gennaio.

BELLUNO. *Ospedale civile.* — Al 25 gennaio concorso a medico-chirurgo secondario; L. 1400, alloggio, indennità di L. 4 per ogni giorno di guardia (i secondari sono tre), ripartizione quote ingresso dozzinanti, al netto di R. M. Nomina biennale Doc. alla Commissione amministratrice.

*BORGOFRANCO SUL PO (*Mantova*). — Il concorso alla condotta piena L. 3800 lorde, aument., L. 100 quale uff. sanit. e L. 600 per cavalc., è prorogato al 20 gennaio.

CAGLIARI. *Ospedale Civile.* — Chirurgo assistente; L. 1200; nomina biennale. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 15 gennaio.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per Bargi; L. 4500; obbligo cav. Scad. 27 gennaio.

COLOGNE (*Brescia*). — Condotta pei poveri (circa 1000 su 2467 abit.); L. 2900, quale uff. san. L. 100, nette di R. M. Indennità spesa di trasporto L. 400, senza obbligo del cavallo. Aumento sessennio. Scad. 20 gennaio.

COMO. *Manicomio Provinciale.* — Al 15 gennaio 1913 concorso, per titoli scientifici e pratici, ad un posto di medico-aiuto; L. 2800. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione provinciale.

CRESCENTINO (*Novara*). — Condotta piena San Gennaro; L. 3000 e L. 160 per alloggio ed altri incerti. Ab. 181 circa. Scad. 15 gennaio.

CITTADELLA (*Padova*). — Condotta per poveri; vedi fasc. 1. Scad. 20 genn.

CIVITELLA DI ROMAGNA (*Forlì*). — 1ª e 2ª condotta, con residenza nel capoluogo; L. 3000 lorde ciascuna, 3 aumenti sessennali. Indennità cavalcatura L. 700. Scad. 15 gennaio.

COPPARO (*Ferrara*). — Condotta pei poveri di Coccanile; L. 3200 lorde e L. 600 per cav., assicuraz. Assunzione del servizio entro dieci giorni dalla partecipaz. di nomina. Scad. 15 genn.

FIRENZE. *Manicomio provinciale.* — Medico primario alla succursale di Castel Pulci; L. 4300 lorde, 5 aumenti quinquennali del decimo, indennità di carica L. 300 e vitto nei giorni di guardia; abitazione nel Manicomio o indennità di L. 800. Tre medici ordinari; L. 3300 lorde, 5 aumenti quinq.; camera alloggio personale; indennità di alloggio L. 400 Scad. 31 gennaio.

FOSSATO DI VICO (*Perugia*).— Condotta piena, L. 2625 pei poveri, con due sessenni, e L. 375 per gli agiati, lorde; L. 120 quale uff. san.; L. 700 per la cav. Scad. 15 genn.

* GRAFFIGNANO (*Roma*). — Condotta; L. 3500 pei poveri e L. 200 per gli abbienti, lorde, con tre sessenni; L. 100 quale uff. san.. e L. 100 per l'arm. farm. Ab. 1200 circa. Scad. un mese dal 24 dic.

LOREO (*Rovigo*). — A tutto gennaio concorso a medico della prima condotta; L. 3800, per soli poveri. L'eletto potrà aspirare alla nomina di ufficiale sanitario retribuito con l'assegno annuo di L. 200. Rivolgersi al Municipio.

LOMELLO (*Pavia*). — Condotta piena; L. 4000 lorde e L. 500 per cavalc., due sessenni, obbl. serv. uff. sanit. Ab. 3283. Scad. 16 gen.

LU (*Alessandria*). — Concorso ad una delle due condotte per i poveri; L. 2000 lorde, famiglie povere cento circa. Scad. 20 gennaio.

MALONNO (*Brescia*). — È prorogato a tutto il 26 gennaio il concorso medico. Stipendio 4274 lorde. Alloggio. Sessenni; malattie a norma di legge. Abitanti 2514. Non vi è obbligo nè bisogno di cavalcatura.

MOLVENA (*Vicenza*). — Condotta; L. 4300 lorde, esonero cavalc. Ab. 2653. Scad. 15 gennaio.

MONTICIANO (*Siena*). — Condotta pel capoluogo; L. 3000 aument., L. 700 per cavalc. e L. 100 se uff. san. Condotta per fraz. Iesa; L. 3000 aument.; esonero cavalc. Scad. 15 gennaio.

MONTORIO ROMANO (*Roma*).— Condotta; L. 2670 pei poveri, L. 1335 per tutti gli abitanti (1680), lorde. Uff. san. e arm. farm. Scad. 30 giorni dal 26 dic.

NAPOLI. *Manicomio provinciale.* — Direttore; L. 7000. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione Provinciale. Scad. 16 genn.

*NIBBIOLA (*Novara*). — Condotta; L. 2700 pei poveri (1000 incirca), L. 550 per gli abbienti, L. 100 quale uff. san., L. 100 per gestione armadio farm., alloggio. Ab. 1373. Scad. 25 genn.

OLIVETTA SAN MICHELE (*Porto Maurizio*). — Condotta piena; L. 3100. Scad. 20 genn.

*PATERNO D'ANCONA (*Ancona*). — Cond. piena e uff. sanit.; L. 4000 lorde; obbl. cav. 3 sessenni; Scad. 15 gennaio.

PESCIA (*Lucca*). — *Spedale SS. Cosmo e Damiano.* Cercansi due assistenti medici chirurghi. Stipendio L. 1200 annue e vitto nei giorni di guardia. Inviare laurea. Entrata in servizio in gennaio.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Condotta piena pel 2° riparto; L. 4000 lorde e 2 sessenni decimo. Ab. 2250 circa. Non oltre 40 anni. L. 300 stanziate per supplenza. Scad. 25 gennaio.

PINCARA (*Rovigo*).— Condotta piena; L. 4800 e due sessenni. Ab. 2241. Scad. 15 genn.

*POSADA (*Sassari*). — Due condotte; L. 3500. Ab. 2000 e 1200 circa. Scad. 15 gennaio.

ROCCA BAGNA (*Grosseto*). — Condotta del capoluogo. L. 3700; obbligo cav., L. 200 per indennità malaria; L. 300 per arm. farm. e L. 300 se uff. sanit. Scad. 15 gennaio.

RUBIANA (*Torino*). — Condotta pei poveri e uff. sanit.; L. 2000 pel 1913, L. 2200 in seguito e 3 sessenni del decimo. Scad. 15 gennaio.

SALE DELLE LANGHE (*Cuneo*). — Condotta pei poveri; L. 1800 e conveniente alloggio e compenso a convenirsi col Comune per abbonamento cura agli abbienti; servizio amministrazione ferroviaria con biglietto gratuito percorso a convenirsi e facilitazioni ferroviarie. Scad. 15 gen.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª Condotta piena; ab. 2858; L. 3000 nette di R. M., di cui tre quarti per i poveri; due sessenni; cavalc. a spese del comune; assicur. Scad. 15 genn.

SANTA CRISTINA GELA (*Palermo*). — Condotta piena; L. 2600 lorde. Abit. 1008. Due anni di esercizio professionale, diploma d'igiene, due anni frequenza ospedale dopo laurea, due mesi frequenza clinica ostetrica: non meno di 28 anni. Scad. 20 gennaio.

SPEZIA. *Ospedale Civile di Sant'Andrea.* — Fino al 31 gennaio 1913 concorso per titoli a chirurgo primario; L. 3000 e compartecipazione agli utili in ragione del per cento sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'ufficio di segreteria.

TORTOLI (*Cagliari*). — Condotta piena; lire 3264.10; lo stipendio per la cura dei poveri sarà aumentato di un decimo per 4 sessenni. Scad. 15 genn.

VAILATE (*Cremona*). — Condotta piena; L. 3900 nette di R. M.; direzione dell'Ospedale. Ab. 3400. Scad. 31 genn.

VALLI DEI SIGNORI (*Vicenza*). — Condotta piena pel 2° riparto; L. 4500 lorde. Scad. 15 gennaio.

Medico-chirurgo, biennio pratica ospedaliera, occuperebbesi interino ovunque preferibilmente Italia centrale o settentrionale. Scrivere tessera ferroviaria 11572.6 posta. Parma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Fossombrone (Pesaro) [per la condotta primaria chirurgica], Casape (Roma), Fossato di Vico (Perugia), Teodorano (Forlì).

Revoca di diffide: S. Margherita d'Adige (Padova), Borghetto Vara (Genova), Crevalcore (Bologna), Brentino-Belluno Veronese (Verona), Bucine (Arezzo) [per Ambra], Ottone-Zerba (Pavia).

Ci si comunica:

« La *Sezione di Montepulciano* A. N. M. C. invita i presidenti di Sezione, i soci ed i colleghi tutti di vigilare perchè i concorsi di *Cetona* e di *Chiusi* (Siena) rimangano deserti, avendo avuto l'assicurazione che se non si presenterà alcun concorrente, indubbiamente avremo la trasformazione delle condotte da piene in residenziali, pur avendo riguardo al ceto medio, come fu suggerito al Congresso di Cagliari ».

« La Presidenza dell'Associazione dei Circondari di Frosinone e Velletri *ha diffidato* il concorso alla condotta di Fumone perchè aperto a cura piena e con lo stipendio di L. 2500 più L. 250 per le funzioni di ufficiale sanitario e per la tenuta dell'armadio farmaceutico. Il concorso si chiude il 20 corrente ».

« La sezione Valdaosta-Canavese dell'A. N. M. C. ha diffidato il concorso alla condotta di Issime ».

CARLSBAD. — La Società medica di Carlsbad offre un premio di 5000 corone alle migliori opere sul « Trattamento del diabete mellito, con speciale riguardo alla balneoterapia ». Il concorso è aperto ai medici di tutti i paesi e può essere usata qualunque lingua. Le comunicazioni debbono essere dirette alla « Vereinigung Karlsbader Aerzte » Karlsbad, Austria. La Commissione giudicatrice è composta di von Jaksch (Praga), Lüthje (Kiel), Ortner (Vienna), Schmidt (Innsbruck) e Ganz. Le memorie ed i lavori debbono pervenire non oltre il 31 dicembre 1913.

Nomine, promozioni ed onorificenze.

PAVIA. — Il dott. Visentini Arrigo è nominato aiuto in anatomia patologica.

TORINO. — Sono nominati i dottori: Allaria Giovanni Battista aiuto e Quarelli Gustavo assistente in clinica medica.

NOTIZIE DIVERSE

Alleanza fra le istituzioni romane per la lotta antitubercolare.

Si è riunita l'assemblea generale dei rappresentanti delle istituzioni sanitarie, di beneficenza e sociali di Roma per la lotta antitubercolare per l'approvazione del bilancio preventivo dell'Alleanza. Il presidente prof. Tamburini comunicò la relazione morale e finanziaria, nella quale espose ciò che si è fatto in Roma nell'ultimo triennio per la lotta contro la tubercolosi, constatando con soddisfazione il molto cammino compiuto in questo breve periodo di tempo sia coll'istituzione di dispensari antitubercolari, sia colle conferenze a scopo di propaganda, sia colle cure climatiche di fanciulli deboli e sopratutto colla creazione della « Colonia Scuola permanente "Regina Elena", per i fanciulli poveri predisposti alla tubercolosi », istituita fuori porta San Pancrazio, la quale accoglie già 38 bambini e presto ne accoglierà 50, tutti figli di tubercolosi o conviventi con parenti affetti dal morbo e che vengono salvati dal sicuro pericolo del contagio. Rilevò il benefico appoggio accordato alla novella istituzione dalle LL. MM. Regina Elena e Regina Margherita e dalle Autorità governative, provinciali e municipali e da altri enti pubblici, non che da privati benefattori e da pietose signore. Esposto infine ciò che ha fatto l'Alleanza per concorrere ad altre opere di profilassi e cura della tubercolosi specialmente nella infanzia e per la propaganda antitubercolare, concluse esprimendo la speranza che colla più efficace cooperazione della beneficenza pubblica e privata si possano conseguire risultati sempre maggiori per la lotta contro il terribile flagello.

La Commissione sta studiando il modo di raccogliere i maggiori contributi possibili della beneficenza, attuando il simpatico sistema inglese di un giorno speciale destinato a beneficare la provvida istituzione salvatrice dell'infanzia predisposta, nel qual giorno tutte le persone di buona volontà e di animo pietoso saranno invitate a dare il loro, anche tenue, obolo all'opera benefica.

Il cuore della cittadinanza risponderà al pietoso appello.

Società Italiana di Radiologia.

Si è costituita il 5 gennaio corr. a Milano, con lo scopo di promuovere lo studio e le applicazioni della roentgenologia e della radiumlogia.

Erano presenti una trentina di cultori della specialità intervenuti dalle varie regioni d'Italia. Furono partecipate numerose adesioni di altri colleghi.

Venne stabilito di tenere il I Congresso nazionale di radiologia a Milano nel prossimo autunno.

I convenuti nominarono presidente il dott. Parola e segretario il dott. Ponza, di Milano. Costituirono un Comitato d'organizzazione, il quale attenderà alla compilazione di uno statuto da presentare alla prossima assemblea, all'organizzazione del futuro Congresso, alla preparazione di un Giornale della Società ed all'esame degl'interessi professionali. A far parte del Comitato furono designati i dottori: Bertolotti (Torino), Busi (Bologna), Ceresole (Venezia), Luisada (Firenze), Ma-

ragliano V. (Genova), Parola (Milano), Scaduto (Palermo), Serena (Roma), Tantoia (Napoli). Questo Comitato si dividerà il lavoro.

La giornata fu chiusa con un sontuoso banchetto offerto dai colleghi milanesi ai convenuti.

Corsi di perfezionamento in Igiene.

Dal 12 gennaio al 12 marzo avranno luogo, nell'Istituto d'igiene nell'Università di Roma, tre corsi di perfezionamento, uno per i laureati in medicina e chirurgia, l'altro per i laureati in veterinaria, il terzo per i laureati in chimica e farmacia e i diplomati in farmacia.

Tassa di lire 100. Versamento di lire 18.74, per sopratassa d'esame, indennità di diploma, pergamena e marche da bollo.

Per chi avrà frequentato regolarmente i detti corsi bimestrali in questa o in altra Università, e vorrà prepararsi per i concorsi ai posti dell'amministrazione sanitaria presso i Comuni e lo Stato, ulteriori corsi di perfezionamento avranno luogo dal 30 marzo al 30 luglio 1913.

A detti corsi sono ammessi anche coloro che hanno compiuto gli studi nelle Università estere.

Per le opere igieniche e gli ospedali.

L'on. Lucifero ha interrogato l'on. ministro dell'Interno per sapere come intenda provvedere perchè la mancata registrazione da parte della Corte dei conti del regio decreto 6 ottobre 1912, approvante il regolamento provvisorio per l'attuazione della legge 25 giugno 1911, non riesca d'insormontabile ostacolo all'esecuzione della legge stessa, privando i comuni di acqua potabile, di opere d'igiene, e di costruzione e sistemazione di ospedali comunali e consorziali, per tempo indeterminato, mentre sempre più urgono i bisogni per cui la provvida legge fu fatta.

L'on. sottosegretario di Stato ha risposto che la Corte dei conti non ha creduto di dover registrare subito quel regolamento perchè mancavano taluni schiarimenti che essa aveva richiesto al Ministero dell'Interno. La Direzione generale della sanità pubblica ha partecipato all'on. Lucifero di avere risposto alle osservazioni fatte al regolamento dalla Corte dei conti.

L'onorevole Lucifero a sua volta ha raccomandato caldamente all'on. sottosegretario che ove non sia possibile la rapida approvazione del regolamento nuovo, il quale indubbiamente sarà più vantaggioso del vecchio (chè altrimenti non sarebbe stato fatto), almeno si tenga conto di quanto la legge stessa prescrive, cioè che in virtù di quest'altro regolamento si affretti l'andamento delle relative pratiche, perchè qualcuna di esse ha termine fisso. Ha rilevato che si tratta di un alto interesse, il quale riguarda tutte le provincie del Mezzogiorno e massime le calabresi, le siciliane e le sarde.

L'on. Falcioni ha soggiunto che il Governo, giustamente preoccupato della questione subordinata cui l'O. ha accennato, ha diramato a tutti i prefetti del regno una circolare, che venne poi dai prefetti a loro volta comunicata ai sindaci, per far presente come in attesa che il nuovo regolamento sia registrato dalla Corte dei conti debbano esser documentate le istanze a fine di rendere possibile e agevole la concessione dei mutui.

Per cui, anche a questo riguardo, il Governo è perfettamente d'accordo con l'interrogante.

Il Comitato per le onoranze a Guido Baccelli.

Il Comitato Esecutivo per le onoranze a Guido Baccelli ha tenuto la sua prima riunione plenaria, presenti quasi tutti i suoi componenti.

Assunse la presidenza il prof. Romolo Artioli e funzionò da segretario il sig. Baes-Verfaille. L'Artioli, a nome della Giunta del Comitato, espose ampiamente, illustrando il suo dire con documenti, tutto il non lieve lavoro compiuto dalla Giunta stessa sino ad oggi per la costituzione del Comitato, per le adesioni, per la diffusione delle notizie sulle onoranze ecc., ed accennò altresì all'inizio favorevole delle sottoscrizioni ed al vasto programma di lavoro futuro e lo schema dei festeggiamenti ideati.

Il Comitato ascoltò con compiacimento la minuta esposizione, approvò il programma e l'ampliamento del Comitato onorario con elevate personalità estere e decise che la sottoscrizione, per evidenti ragioni, continuasse esclusivamente in forma nazionale; tutto ciò venne deliberato in seguito ad animata discussione. La seduta, durata più di due ore, si chiuse con un voto di plauso alla Giunta costituita dal prof. Artioli, dal prof. Montrone e dal sig. Baes-Verfaille.

Lasciti e donazioni ad ospedali italiani.

All'ospedale Vittorio Emanuele di Catania la vedova del compianto senatore Francesco Bruno, da poco defunta, ha lasciato tutto il suo patrimonio, valutato a circa un milione.

All'ospedale civile di Parma è pervenuta l'offerta di diecimila e quattrocento lire, da persona che si nasconde sotto il nome di Salomoni, affatto sconosciuto in quella città.

Il cav. Rodolfo Sessa, che in vita aveva già dato per lunghi anni all'Istituzione per la cura balneare degli scrofolosi poveri di Milano e provincia, la sua opera preziosa come consigliere di presidenza ed aiuti cospicui, volle ricordarla con vera munificenza nel proprio testamento, legandole lire duecentomila.

Il marchese on. Pier-Francesco Negrotto-Cambiaso, il benemerito colonnello della Croce Rossa Italiana, per onorare la memoria della cara, buona sua genitrice e per dare uno sfogo al bisogno dell'animo suo assetato di bene, ha donato alla Congregazione di carità di Arenzano uno spedale completo che è un modello di costruzione e di arredamento.

L'avv. cav. Alessandro Bianchi di Milano ha lasciato, morendo, erede universale di un patrimonio di lire 300.000 l'Ospedale Maggiore. Inoltre ha disposto parecchi altri legati, per una somma complessiva di lire 35.000, a favore di sodalizi e istituzioni di beneficenza.

A questi benemeriti vadano il plauso dei buoni e la gratitudine dei miseri.

Nuovi giornali:

I « Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätstorschung (mit Ausschluss der Tuberkulose) » rispecchieranno i progressi compiuti nelle nostre conoscenze sulle malattie infettive e sulla immunologia, con speciale riguardo alle applicazioni cliniche.

Il periodico accoglierà lavori originali e riviste sintetiche.

Uscirà a scadenze non fisse. Ogni volume risulterà di 30-33 fogli di stampa.

Ne verrà esclusa la tubercolosi, alla quale sono già destinati i « Beiträge zur Klinik der Tuberkulose », di cui è ora uscito il ventesimo volume. Le due pubblicazioni costituiranno insieme i «Klinische Beiträge» diretti dal prof. L. Brauer. Editore ne è Curt Kabtzsch, Kgl. Universitäts-Verlagsbuchhandlung, in Würzburg.

Medicinali ad Adrianopoli.

È stato permesso ai turchi, in seguito a preghiere di Nazim pascià, di far pervenire ad Adrianopoli alcune casse di medicinali provenienti dalla Croce Rossa. Sono state trasportate a Batchkouy per Adrianopoli su carri bulgari e sotto la sorveglianza di un medico bulgaro.

Rapito quasi improvvisamente all'affetto della famiglia, della vecchia madre, dei suoi allievi da una forma violenta di polmonite, **Manfredi Albanese** lascia una traccia luminosa nella storia della farmacologia italiana.

Nato nel 1867 a Palermo da Enrico, clinico chirurgico di quella Università, patriotta illustre e medico di Garibaldi, si laureò nel 1890 dopo aver quasi completato anche il corso di chimica sotto la direzione di Emanuele Paternò. Interno dapprima, poi assistente di Vincenzo Cervello, passò dall Università di Palermo all'Istituto di fisiologia di Torino diretto da Angelo Mosso, dove si fermò per un anno

Da Torino si recò a Strassburgo dove frequentò i laboratorii di Hoppe-Seyler e di Schmiedeberg, finchè Osvaldo Schmiedeberg — il nestore dei farmacologi viventi — lo nominò assistente del suo Istituto. Ritornò in Italia nel 1895 ed ottenne a Roma la libera docenza in chimica fisiologica, corso che poi tenne nel laboratorio di Luigi Luciani. La Facoltà aveva proposto per lui l'incarico di questa materia, per cui già incominciava a intravedersi la necessità di un insegnamento superiore quando fu nominato straordinario di farmacologia e materia medica nell'Ateneo pavese. Ordinario fin dal 1904 ha reso il suo laboratorio tra i più apprezzati d'Italia.

Non è qui il luogo per una disamina della sua opera scientifica. Tuttavia ricordiamo i lavori sui chetoni, dove, studiando i rapporti tra costituzione chimica ed azione fisiologica di questi corpi, stabilì fatti di notevole importanza anche pratica, mettendo in evidenza dei narcotici di uso terapeutico. Notevoli sono anche i lavori sulle capsule surrenali, in cui stabilì la loro funzione antitossica, concetto che non è stato scosso dalle numerosissime ricerche posteriori.

Il gruppo delle memorie sul comportamento nell'organismo dei derivati metilati della xantina è frutto di lunghe, pazienti ricerche, che rivelano un ricercatore geniale ed una mente acutissima Anche i lavori sull'influenza dei liquidi nutritivi sulla funzione del cuore di rana hanno fissato una pietra miliare, in quanto che per la prima volta ivi si parla di viscosità, come condizione fisico-chimica indispensabile per la normale funzionalità dei tessuti, dei liquidi nutritizii.

Anche gli studii dell'azione del fegato sul curare e in special modo quelli più recenti sul comportamento della morfina negli animali abituati alla sua azione son lavori che hanno già dato luogo ad altre ricerche e potranno essere la base di ulteriori esperienze scientificamente e praticamente importanti.

Certo la scienza italiana ha perduto con **Manfredi Albanese** un maestro. da cui molto si poteva ancora attendere, e la società un galantuomo in cui si fondeva aristocraticamente in un'armonia mirabile l'altezza dell'intelletto con la generosità dell'animo.

Alla famiglia, alla madre quasi ottantenne, agli allievi del suo Istituto, che aveva portato all'altezza dei migliori laboratori moderni, vadano le affettuose condoglianze del nostro giornale. *la red.*

Si è spento a Modena il prof. **Giulio Vassale** che dal 1895 impartiva l'insegnamento della patologia generale in quell' Università. Le importanti ricerche da lui compiute nel campo dell'endocrinologia gli avevano conquistato una fama mondiale.

Ci occuperemo degnamente del grande scienziato in un prossimo numero.

Dopo un ventennio di coscienzioso esercizio professionale, compiuto in gran parte negli ospedali di Roma e nell'ospizio dell' Addolorata, il dott. **Giuseppe Lecce**, romano, moriva vittima di un disastro edilizio. Mite di carattere, caritatevole, egli sarà ricordato con rimpianto dai colleghi che ne conobbero il valore e le virtù e dai poveri che ne apprezzarono l'animo buono. Sia onore alla sua memoria. CAJUS.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XX. *Roma, 19 gennaio 1913* Fasc. 3

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla cura incruenta dei tumori maligni.

La cura dei tumori maligni attraversa un periodo di rinnovamento.

Non ripeteremo un luogo comune, e cioè che il sovrabbondare dei metodi curativi costituisce una prova della loro scarsa efficacia.

Riconosciamo invece che il problema terapeutico del cancro viene affrontato con successo crescente da più parti. Ormai disponiamo di risorse numerose atte sicuramente ad intralciare lo sviluppo della letale malattia e persino ad arrestarlo.

Pur troppo però i mezzi terapeutici più attivi sottostanno a molte limitazioni e non convengono che a poche forme definite. Gli altri vantano un certo numero di risultati clinici favorevoli, ma sono sempre malfidi; per lo più dimostrano un'azione curativa effimera, fittizia, incerta; rispondono nelle mani dei loro autori, sono causa di delusioni in chi si decide a provarli.

L'incostanza dei risultati può essere spiegata invocando la ristretta zona maneggevole di alcuni rimedi, la scarsa efficacia di altri, l'enorme disparità dei blastomi e, quindi, le variazioni cospicue nelle loro proprietà biologiche. Diviene impossibile sceverare i singoli momenti dal cui

concorso risulta la guarigione e farli intervenire, controllandone e regolandone l'azione.

Stando così le cose, *la cura chirurgica precoce tiene ancora il primo posto nella cura dei tumori maligni.*

Gli altri mezzi valgono solo in casi speciali, come pei cancri iniziali accessibili; ovvero entrano in campo in seconda linea, quali adiuvanti, per rendere possibile un intervento chirurgico, per intralciare le recidive e le metastasi.

L'abbondanza dei metodi curativi incruenti dei quali disponiamo ne rende molto ardua la scelta. Siamo lontani da uno specifico! Ma chi sapesse applicare quelli atti a fornire il massimo rendimento in un caso determinato, chi sapesse variarli secondo le circostanze, le localizzazioni, il decorso, riporterebbe dei successi incontestabili.

IL DINAMISMO DELLE AZIONI TERAPEUTICHE.

I mezzi terapeutici incruenti possono agire sui tumori maligni in due modi:

1° ledendo od uccidendo i germi cancerigeni (siano questi cellule atipiche dell'organismo, siano microrganismi esogeni);

2° mettendo in gioco l'intervento dell'organismo colpito.

Di queste due modalità d'azione la prima si è dimostrata di gran lunga la più efficace.

Per lo più non si tratta di un'azione *elettiva*, cioè ristretta al solo neoplasma. I tessuti neoplastici vi sono più soggetti di quelli sani, ma unicamente perchè sono più fragili.

Alle volte essa si esplica con reazioni microchimiche difficili a sorprendere, altre volte alterando profondamente i tessuti cancerosi, spesso disgregandoli e dissolvendoli interamente (oncolisi).

Tutti gli agenti di distruzione possono essere utilizzati in questo senso: menzioniamo i *caustici chimici* (costituiscono uno dei mezzi più antichi e più semplici per la cura del cancro) e l'*elettrocoagulazione*.

Ma gli studi odierni si orientano di preferenza alla ricerca di sostanze le quali vadano a fissarsi *elettivamente* sugli elementi cancerosi e sviluppino la loro efficacia curativa riducendone o sopprimendone, in secondo tempo, la vitalità.

Questo campo è stato dischiuso da Ehrlich sotto il nome, forse improprio, di *chemoterapia*.

Vi assume fondamentale importanza l'assioma: « corpora non agunt nisi fixata », poichè la fissazione di una sostanza estranea qualsiasi ad un organito (cellula od agente infettivo) è condizione necessaria e sufficiente a perturbarne profondamente il metabolismo, a determinarvi *eo ipso* un'intossicazione, cui suole seguire la devitalizzazione e la disorganizzazione.

Evidentemente però, onde ottenere effetti terapeutici manifesti, è necessario risparmiare gli elementi cellulari sani dell'organismo. — La fissazione dei principî teraupetici dev'essere dunque il più possibile elettiva, monotropica. In tal senso si comporterebbero l'*eosina-selenio*, la *borocolina*, i *metalli colloidali*.

Questa terapia chimica elettiva del cancro è molto più promettente dei mezzi distruttivi indifferenti, poichè ad essa non sfuggirebbero l'infiltrazione perineoplasica (la quale sembra oltremodo resistente), nè le metastasi (le quali si sottraggono quasi tutte alle aggressioni locali).

È ancora insufficientemente chiarito il meccanismo degli interventi così detti biologigi: *sieroterapia* ed *istoterapia*. Essi tendono a fornire od a far elaborare degli *anticorpi* specifici, a neutralizzare e inattivare le *sostanze morfogene* od *istiogene*, che si presumono necessarie alla vita ed all'attività proliferativa del neoplasma, secondo la *teoria atreptica* di Ehrlich.

Osservazioni recenti portano a far ammettere che, nella cura incruenta del cancro, debba ascriversi un compito notevolissimo agli aumenti di temperatura.

Secondo Vidal l'*ipertermia* agisce favorendo l'autolisi dei tessuti cancerosi, facilitando la produzione di anticorpi, attivando la leucocitosi e la fagocitosi.

L'efficacia curativa dell'ipertermia risalterebbe nettamente da un'esperienza eseguita da questo autore, secondo cui la puntura del centro termico è in grado di provocare l'involuzione e la scomparsa del linfosarcoma nel cane.

Alcune infezioni acute, particolarmente quella eresipelatosa, cui sono state accreditate delle guarigioni, interverrebbero anch'esse terapeuticamente in quanto sono accompagnate da reazione febbrile. Altrettanto avverrebbe per alcune infezioni a lungo decorso, come la tubercolosi e la lebbra, le quali sono quasi incompatibili con le neoplasie maligne interne, come hanno dimostrato Soegaard, Hansen ed altri.

E quali agenti pirogeni si comporterebbero anche molti prodotti ai quali è stata attribuita un'azione curativa sul cancro: sieri, vaccini, estratti

organici ed autolisati (provocano la così detta *febbre da proteine eterogenee*), numerose tossine (di Coley, di O. Schmidt, di Doyen...), numerosi prodotti citolitici, il « difetto dell'acqua » nelle soluzioni salvarsaniche, ecc.

All'azione terapeutica del calore potrebbero anche ascriversi i vantaggi tratti dalla *termoterapia locale*, come le docce d'aria calda e la diatermia conservatrice.

Sembra, infine, che nella cura del cancro si debba fare una parte non trascurabile all'*iperemia*, o meglio all'afflusso di sangue e di linfa indotto nella lesione da molti agenti terapeutici (per es. dal calore, dalle irradiazioni penetranti, da numerosi estratti organici, dai farmaci rivulsivi, dalle coppe aspiranti, ecc.).

Sono state anche invocate le *azioni palliative e sintomatiche* di alcuni rimedi: l'*emostasi* indotta nei tumori ulcerati dai sieri, dai composti di calce, dalla gelatina, dalle applicazioni idriche calde locali, ecc.; *l'analgesia* e l'*anestesia* indotte dal caldo, dai raggi X, dai raggi Becquerel, dai rimedi che distruggono le terminazioni nervose sensitive, ecc.

È probabile che quasi tutti gl'interventi curativi provochino il concorso di azioni molteplici. Il dinamismo curativo dei *raggi X*, dei *corpi radioattivi*, dalla *diatermia conservatrice*, dei *composti arsenicali*, degli *autolisati* ed *estratti organici*, ecc. sarebbe particolarmente complesso.

***

Siccome i blastomi sono oltremodo dissimili tra di loro nella struttura e nella biologia, per agire efficacemente su di essi dovremmo adattare gl'interventi curativi a ciascuna specie, scegliere l'agente adeguato ad ogni singola forma.

Converrebbe, come dice Ewing, procedere « per la via della discriminazione e della individualizzazione. ».

Ma questo intento non può essere raggiunto, poichè non disponiamo di mezzi terapeutici abbastanza sicuri e precisi.

Per ora dobbiamo limitarci a cure assai poco individualizzate e specializzate. Anzi, siamo costretti a riconoscere che le singole specie di blastomi si comportano in modo stranamente uniforme di fronte alla maggioranza degl'interventi curativi che noi siamo in grado di opporvi.

Ad esempio, i cancroidi cutanei si mostrano molto sensibili a quasi tutti questi interventi.

Si notano, certo, delle differenze: alcune forme cedono più facilmente, altre resistono di più; pochissime ve ne sono del tutto ribelli. Si è tentata una differenziazione dei cancroidi, desumendola dalla struttura istologica, dai rapporti che contraggono coi tessuti circostanti, ecc.; ma finora con scarso risultato.

Degli altri blastomi maligni, si mostrano abbastanza sensibili i sarcomi, specialmente quelli derivati dal connettivo, fibro-sarcomi e sarcomi a cellule fusiformi od a cellule rotonde, i fibroleio-miomi, ecc. Ne sono state registrate moltissime guarigioni definitive: quasi tutte le cure incruente annoverano in questo campo i loro successi più impressionanti.

I carcinomi invece, nella loro grande maggioranza, si mostrano assai tenaci alle cure incruente. Risentono bensì effetti benefici, regrediscono, cicatrizzano; ma le guarigioni definitive costituiscono rare se non dubbie eccezioni.

Rendere le cure più rigorosamente *specializzate* alle varie forme di blastomi sarà compito precipuo dell'avvenire; oggi le cure mancano quasi completamente di questo carattere.

***

Nelle neoplasie maligne dell'uomo la zona periferica d'infiltrazione (detta anche pericancerosa o precancerosa) sembra possedere una straordinaria vitalità ed essere oltremodo resistente a tutte le cure. Provengono da essa molte recidive (Hugo Ribbert).

Assai diversamente si comportano i blastomi dei topi o di altri animali da esperimento: sono per lo più omogenei e nettamente limitati, incapsulati da una zona fibrosa; non infiltrano i tessuti circostanti; perciò risentono in massa l'azione degli interventi curativi.

Ciò spiega i risultati dissimili delle esperienze e della clinica. La clinica fallisce dove l'esperimento riesce.

Da questa nozione si trae il corollario pratico ch'è necessario estendere l'azione dei mezzi curativi alla zona pericancerosa, ossia intaccare e distruggere tutti i tessuti circostanti alla neoformazione.

***

Il tessuto cicatriziale che si forma al posto dei tumori asportati o distrutti diviene, con straordinaria frequenza, il punto d'origine di recidive.

Questo comportamento era stato spiegato ammettendo la persistenza di germi residuali.

Se non che le ricerche istologiche di Borrmann hanno provato che in molti casi si tratta invece di tumori sviluppatisi *ex-novo*, paragonabili a quelli che nascono sulle cicatrici d'altra natura (da ustioni, da lupus guarito, ecc.).

Una spiegazione molto più attendibile dello stesso fatto è data da Theilhaber, il quale ritiene che il tessuto cicatriziale, retraendosi, alteri la nutrizione delle cellule circostanti e v'induca una degenerazione cancerosa. — Questo processo patologico verrebbe favorito allorquando esiste una predisposizione generale alle neoplasie maligne

Comunque, si tratta di un'applicazione utilissima per assicurare il successo delle cure del cancro. Essa merita di richiamare tutta l'attenzione dei medici.

***

Un comportamento comune a tutti i tumori maligni è l'attitudine ad *immunizzarsi* contro gl'interventi curativi. Se questi non determinano subito la guarigione, dopo aver provocato delle regressioni parziali finiscono per esaurirsi: i tessuti neoformati riprendono a svilupparsi con nuova lena e non si riesce più ad infrenarli; il

Fig. I e II. — Cancroide del naso guarito con una sola applicazione roentgeniana. La guarigione data dal 1906. Da BORDIER.

(diatesi cancerosa di Hochenegg, squilibrio oncogeno o condizione oncogena di Fichera, predisposizione di razza di Einäugler e Kolbert, ecc.).

Da questa concezione deriverebbe l'opportunità d'intervenire profilatticamente sulle cicatrici che residuano alle cure del cancro.

È merito di Theilhaber di avere trovato un trattamento profilattico il quale si è dimostrato efficace. Se ne sono giovati anche, modificandolo e perfezionandolo, Ch. Müller, Kirchberg e altri.

Esso consiste nel mantenere il tessuto di cicatrice vascolarizzato e morbido, mediante i mezzi iperemizzanti, e nel provocarne il rammollimento e il riassorbimento.

I risultati ai quali conduce paiono eccellenti.

Theilhaber presume che in questo modo venga corretta la predisposizione locale per il cancro creata dal tessuto di cicatrice che si ritrae; secondo Werner invece verrebbe agevolata la distruzione dei germi innicchiati nel tessuto di cicatrice.

loro carattere di malignità sembra quasi esaltarsi ed aggravarsi.

Da ciò l'utilità dei *trattamenti combinati*, che consistono nel far agire contemporaneamente o successivamente mezzi curativi diversi, così da vicariarne o da rafforzarne e protrarne l'azione.

***

Prendere analiticamente in esame lo stato odierno della questione è un compito un po' arido, ma non destituito d'utilità pratica.

Tenteremo di assolverlo in questa breve rassegna, redatta per cortese incarico del prof. Ascoli. In essa accenneremo fugacemente ai principali metodi incruenti che hanno già fatto le loro prove cliniche e sperimentali nella cura del cancro e forniremo alcune indicazioni di dettaglio su quelli più efficaci o più facilmente attuabili.

CURE FISICHE.

Il posto d'onore spetta ad un gruppo d'interventi i quali hanno in comune la caratteristica di *un alto potere penetrante nei tessuti*: *raggi X*, *radium* ed altri corpi radioattivi (*mesothorium*, *thorium X*, *emanazioni*, *actinium*, *plecbenda uranifera*), *ionoterapia* o *cataforesi*, *alta frequenza* in forma di *fulgorazione a scintille brevi*, di *elettrocoagulazione*, di *elettrodisseccamento*.

Queste due cure comprovano l'importanza essenziale della tecnica. Usate male, possono agire come colpi di frusta sulle neoformazioni, attivarne lo sviluppo invece di annientarle, provocare accidenti locali e generali gravi, auto-intossicazioni da riassorbimento, radio e radiumdermiti ribelli, gangrene, sepsi, ecc.

Fig. III e IV. — Epitelioma voluminoso saldamente impiantato, « livellato » nel corso di sei mesi circa mediante il radium. Seguì recidiva. Da WICKAM e DEGRAIS.

Sui cancroidi se ne ottengono i migliori risultati adottando le *cure intensive*. Per es. in una od in poche sedute i raggi X possono averne ragione (v. fig. I e II). Invece per le neoplasie voluminose è preferibile un'*azione prolungata* (v. fig. III e IV), onde evitare le autointossicazioni letali da copioso riassorbimento di tessuto neoplastico distrutto.

Fig. V e VI — Enorme tumore vascolare erettile penetrante sotto le palpebre, guarito con la radiumterapia. Da WICKAM e DEGRAIS.

I *raggi X* e il *radium* vantano i migliori successi.

Il radium sembra essere efficace più dei raggi X. Ne avrebbe fornita una prova Abbe di Nuova York, il quale ha trattato una serie di casi per metà con la roentgenterapia e per l'altra metà con la radiumterapia ed ha riconosciuto che quest'ultima conduce a guarigioni più rapide.

Sicome non è sempre possibile di supplire alla debolezza d'azione mediante applicazioni di lunga durata, n'è derivato l'uso dei trattamenti energici *intervallari*.

Pur troppo tutte queste applicazioni sono rese malsicure dalla insufficienza dei mezzi attuali di *dosaggio*. Un progresso notevolissimo verrà compiuto in questo campo non appena si saranno trovati mezzi di misura che sianò ad un tempo pratici e precisi.

Per tutte le applicazioni diacutanee dei raggi X e del radium si dimostra utilissima la *filtrazione*, la quale, selezionando i raggi, risparmia i tessuti superficiali. Si pratica anche la « desensibilizzazione » della cute (per es. inducendovi ischemia per mezzo della compressione o della fulgorazione).

I perfezionamenti della tecnica permettono di portare innocuamente l'azione di questi rimedi in tutte le regioni interne: si può dire che ormai nessun organo resta inaccessibile al radium ed ai raggi X.

Lo *scivolamento della cute* (così da assoggettarne regioni diverse all'azione dei raggi diretti su di un tumore interno) e, più ancora, il *fuoco crociato* (ossia l'irradiazione di un tumore interno da varie parti del corpo, così da concentrare su di esso i raggi) si sono già dimostrati metodi preziosi.

Il radium si presta inoltre ad essere portato *direttamente*, con gli apparecchi a vernice radifera, ovvero chiuso entro tubi o capsule di vetro, di metallo, di mica, in regioni difficilmente accessibili o nell'interno di organi tubulari e cavi, nelle vie digerenti, nelle vie genito-urinarie, nelle fosse nasali, sotto le palpebre, nelle orecchie, ecc.; può venire immesso, entro i tubi radiferi, in più punti di tumori voluminosi sottocutanei.

***

Tanto i raggi X quanto il radium sostituiscono con vantaggio incontestabile l'intervento chirurgico per la cura dei cancroidi, anche se ulcerati, con tendenze infiltranti e distruttive; se ne ottengono risultati estetici molto superiori (vedi fig. I e II) e mettono meglio al sicuro dalle recidive. Al radium pochissimi cancroidi si dimostrano refrattari (sono per lo più quelli inverati, che hanno invaso le mucose, che hanno prodotto metastasi, che si sono estesi alla periferia di radio e di radiumdermiti).

Con straordinario successo i raggi X sono stati applicati anche alla cura dei fibromiomi uterini (in donne di età avanzata, se poco voluminosi e ad evoluzione lenta, se non provocano fenomeni dolorosi o di compressione).

Contro altre neoplasie maligne i risultati ai quali conducono i raggi X e più ancora il radium paiono spesso sorprendenti, miracolosi. Tumori anche estesissimi, a decorso invadente, a evoluzione rapida, risentono miglioramenti notevolissimi, si arrestano o regrediscono fino quasi a sparire (vedi fig. III e IV); cancri del seno, dell'utero, delle labbra, cicatrizzano; i fenomeni subbiettivi dileguano (il radium sovratutto è un palliativo prezioso).

Pur troppo però sono rare le guarigioni definitive; nella generalità dei casi, dopo un certo periodo di latenza, si determinano recidive, metastasi.

Perciò queste cure incruente sostituiscono l'operazione solo come *ultima ratio*, nei cancri inoperabili. Più utilmente si associano alla cura chirurgica per garantirne il successo ovvero per renderla attuabile.

In conformità ad una regola generale già indicata, le guarigioni stabili sembrano difficili e quasi da escludere quando si tratta di carcinomi, anche se questi sono iniziali e facilmente accessibili (labbra). Sono stati segnalati vari casi di guarigione, ma sono troppo recenti: converrà attendere prima di accettarli quali definitivi.

I sarcomi invece risentono effetti molto più manifesti e duraturi. Sotto l'azione dei raggi X Skinner e Kienböck avrebbero ottenuto persino la guarigione di sarcomi voluminosi e profondi (dell'addome, del mediastino); Abbe, a sua volta, possiede casi di sarcomi interni regrediti da otto anni sotto l'azione del radium.

La elettività di questi due agenti curativi nell'annientare i tessuti atipici ed etorotopi viene dimostrata con nettezza ancora maggiore sui blastomi congeniti, angiomi, linfomi, nèi, sui cheloidi, ecc., i quali guariscono in modo che ha spesso del miracoloso (vedi fig. V e VI).

È stato sollevato il dubbio che i germi cancerosi residuali, impigliati e come soffocati nel tessuto di cicatrice prodotto da questi due potenti mezzi terapeutici, potessero poi aprirsi una via ed andare a produrre delle metastasi a distanza, anche nei casi di blastomi che difficilmente si riproducono, come i cancroidi (Eiselsberg). Ma le metastasi non si debbono imputare alla cura, poichè ai cancroidi non curati seguono egualmente - e con molta frequenza - carcinomi interni, che possono considerarsene quali metastasi (Bordier).

***

Al radium si è tentato di sostituire altre sostanze radioattive per l'irradiazione dei tumori maligni.

Un rivale del radium è oggi divenuto il *mesothorium*. Nei due anni trascorsi da quando è stato scoperto, avrebbe già condotto a risultati più che soddisfacenti.

Sticker ha posto in luce alcuni svantaggi del mesothorium puro; ma lo usa utilmente insieme al radium.

Czerny e Caan si sono avvalsi con successo di mesothorium del commercio - il quale contiene incirca il $\frac{1}{4}$-$\frac{1}{3}$ di radium - per la cura di moltissimi blastomi maligni. Di solito associavano questo con altri interventi; ma talvolta facevano agire il solo mesothorium. Parve loro persino che questo prodotto fosse superiore al radium per le neoplasie cutanee (forse perchè contiene raggi β e γ meno penetranti di quelli del radium); sui tumori profondi l'efficacia di esso non sarebbe dissimile da quella del radium.

Anche Pincuss si è molto giovato del mesohorium per la cura delle neoplasie superficiali e lo ha trovato decisamente superiore al radium.

Se questi successi verranno confermati, avremo compiuto un passo notevole verso la volgarizzazione della terapia con le sostanze radioattive, poichè il mesothorium è più facile a procurarsi del radium e sensibilmente meno costoso (la metà incirca). Ma converrà definire meglio la tecnica e attendere l'evoluzione dei casi presunti guariti.

***

Alle sostanze radioattive si è richiesta anche un'*azione distruttiva di contatto.*

Più che al radium si è ricorso al *thorium X* e si è tentato anche l'uso di altri corpi radioattivi, come l'*actinium.*

Si sono eseguite sovratutto delle iniezioni endovenose utilizzando i gas detti *emanazioni* e più precisamente le *emanazioni di radium* e *di thorium* (le quali sono egualmente stabili). Nell'acqua il thorium X si trasforma immediatamente in emanazione; 1 cmc. di soluzione fisiologica può dissolvere 1 centesimo di microgrammo della sostanza attiva e fornire 1 milione di unità Mache. S'iniettano entro le vene, a più riprese, fino a vari milioni di unità Mache, diluendo a un decimo la soluzione satura, con soluzione fisiologica.

Si sono anche utilizzate le applicazioni locali (pomate e paste radifere sui cancri accessibili, pillole e poltiglie radifere pei cancri del sistema digerente), le iniezioni endotumorali (con sospensioni dei sali insolubili di radium o di thorium X, con polvere attinifera, con carboenzima radifero, con emanazioni, ecc.) e l'ionizzazione.

Questi procedimenti esercitano un'azione squisitamente elettiva: determinano reazione più o meno intensa del neoplasma (tumefazione, arrossamento, dolore); nei casi favorevoli seguono necrosi colliquativa, emorragie capillari, riassorbimento, sclerosi.

I risultati sono spesso molto buoni. Così Haret avrebbe ottenuto, mediante l'ionizzazione con radium, la guarigione di sarcomi ribelli alle altre cure. Le emanazioni di thorium X contano già al loro attivo non pochi brillanti successi. Si sarebbe ottenuta persino, mediante il thorium X, la guarigione stabile della sarcomatosi cutanea (Herxheimer).

Pur troppo però, le turbe secondarie gastro-intestinali e renali ed alcuni casi d'intossicazione mortale, che si sono dovuti deplorare in seguito all'uso del thorium X, hanno prodotto molto scoraggiamento e forse giustificato ma fors'anche eccessivo e siamo indotti ad osservare molta prudenza in queste applicazioni.

***

Un notevole incremento tende oggi ad assumere l'*elettrocoagulazione.* Parrebbe *a priori* un processo ideale per la cura dei tumori maligni, poichè distrugge sicuramente i tessuti sui quali agisce: dovrebbe dunque sostituire, con pieno vantaggio, l'intervento chirurgico per la cura di tutte le neoplasie accessibili. Siccome determina l'occlusione dei vasi sanguigni e linfatici, evita l'emorragia operatoria; al tempo stesso rende impossibile la disseminazione dei germi cancerigeni per queste vie. Può sostituire il coltello per l'exeresi incruenta delle neoplasie in genere e probabilmente i chirurghi s'indurranno col tempo a darvi la preferenza.

Ma pur troppo l'elettrocoagulazione non è esente da gravi svantaggi.

Per la cura delle neoplasie cutanee iniziali si presta meno bene dei mezzi precedenti, poichè determina perdite di sostanza riparate imperfettamente. Nei tumori molto vascolarizzati il distacco della parte necrotizzata, per effetto dell'elettrocoagulazione, può provocare emorragie gravi. Infine, non è facile dosarne e limitarne l'azione: quindi può provocare estese e gravissime distruzioni.

Questi motivi rendono molto cauti nell'applicazione della diatermia distruttiva.

L'*elettrodisseccamento* tenderebbe a sostituirla; ma si tratta di un processo troppo recente perchè si possa portare su di esso un giudizio attendibile.

***

La *ionoterapia* allo zinco e la *fulgorazione* a scintille brevi si prestano in specie per i cancroidi poco estesi, non ancora ulcerati. La fulgorazione viene applicata anche a scopo profilattico sulla ferita operatoria.

Altre cure fisiche distruttive, l'*elettrocautere*, il *termocautere*, la *neve carbonica*, ecc., rispondono male allo scopo che c'interessa, sovratutto perchè poco penetranti e non si riesce a regolarle.

***

La *termoterapia locale* è stata applicata in tutte le sue forme (compresse, fanghi, diatermia a 40-45°, termofori chimici od elettrici, docce e manicotti d'aria calda, irrigazioni e aspersioni e bagni locali d'acqua calda, ecc.).

È stata preconizzata da A. Theilhaber e poi da Christoph Müller, da Kirchberg, ecc., come un mezzo profilattico eccellente sulle cicatrici, specialmente su quelle consecutive ad interventi per tumori maligni. — Sembra che essa agisca inducendo iperemia attiva.

Anche sui tumori in atto è stata applicata la termoterapia locale (per es. da Theilhaber nei carcinomi della mammella); ma da sola sembra esercitare un'azione troppo blanda, o si limita a sedare il dolore.

Ch. Müller ha invece molto vantaggiosamente associata la diatermia conservatrice alle irradiazioni come vedremo parlando delle cure combinate.

A scopo profilattico Theilhaber e Kirchberg raccomandano anche l'iperemia prodotta per mezzo dell'*aspirazione*.

Secondo questi autori gioverebbero perfino il *massaggio* e la *ginnastica locale*, perchè atti a richiamare il sangue e la linfa e ad attivarne la circolazione.

L'*iperemia passiva* era stata sperimentata dal Bier con completo insuccesso nella cura dei sarcomi; invece avrebbe portato A. Ritter ad alcuni buoni risultati, nella cura di carcinomi avanzatissimi.

Sembra a ogni modo che non si possa fare molto assegnamento sull'*iperemia passiva*.

Invece l'applicazione dei mezzi atti a produrre l'*iperemia attiva*, sovratutto per garantire il successo di altre cure, costituiscono — a nostro modo di vedere — uno dei progressi più notevoli compiuti durante gli ultimi anni nella cura dei tumori maligni.

***

Nell'insieme i risultati ottenuti mediante gli interventi fisici sono *in piccola parte ottimi, in gran parte buoni* e ci autorizzano ad applicazioni estese nella pratica.

La scelta nei singoli casi sarà determinata non tanto dalla natura del tumore, quanto dalla sede e dall'estensione di esso, dalle disponibilità e dalla facilità di applicazione.

L. VERNEY.

(*Continua*).

SUNTI E RASSEGNE

UROLOGIA.

Diagnosi e cura delle emorragie dell'apparato uro-genitale.

(*Deutsche med. Wochenschr.*, 1912, n. 35).

È bene che il pratico abbia intorno a questo importante argomento conoscenze vaste e precise; riconoscendo a tempo e interpretando esattamente la presenza di sangue nella urina si riuscirà sovente non solo a stabilire esatte diagnosi, ma anche a conseguire ottimi risultati terapeutici.

Quando il sangue contenuto nella urina è in quantità non molto piccola, esso viene facilmente riconosciuto già ad un semplice esame macroscopico. Sono, del resto, a conoscenza di tutti le facili reazioni chimiche che ne confermano la presenza. La ricerca chimica, e più ancora quella microscopica, dovranno però venir praticate in tutti i casi nei quali, pur non essendo la presenza di sangue riconoscibile ad occhio nudo, il medico abbia motivo di sospettare la possibilità di minime emorragie nelle vie genito-urinarie.

Accertata la presenza del sangue nell'urina occorre stabilire quale è la sede della emorragie. Il sangue uscito dall'uretra anteriore, da quella parte cioè dell'uretra che è al dinanzi dello sfintere esterno, si affaccia subito all'orificio uretrale. Quando la emorragia ha sede nell'uretra posteriore ed è sufficientemente abbondante non è possibile, in base ai caratteri dell'urina, differenziarla dalle emorragie di origine vescicale. Se invece la emorragia dell'uretra posteriore è scarsa,

facendo urinare il malato consecutivamente in due bicchieri, si vedrà che l'urina del primo bicchiere è chiara, quella del secondo sanguinolenta; anzi talora, alla fine della minzione, vengono emesse poche gocce di sangue puro. Tuttavia questa emorragia terminale non è esclusiva delle lesioni dell'uretra posteriore; essa può aversi anche in casi di calcoli vescicali o prostatici, e anche per papillomi della vescica e per affezioni delle vescichette spermatiche.

Mediante l'uso del cistoscopio è d'ordinario assai facile, a chi possegga la pratica necessaria, l'accertare se il sangue esca dalla vescica o provenga dagli ureteri. Qualora tale differenziazione non riesca possibile, si ricorra al cateterismo degli ureteri; tenendo però presente sia che, durante tale cateterismo, è possibile determinare piccole emorragie per lesioni della mucosa, sia che, dopo circa tre minuti di permanenza del catetere nell'uretere, si produce, per diapedesi, il passaggio di globuli rossi nell'urina.

Quando si vede il sangue fluire attraverso uno o entrambi gli ureteri è assai difficile stabilire se l'emorragia abbia sede nel rene o nel bacinetto. È infatti ormai assodato che, a differenza di quanto prima si credeva, assai sovente le emorragie renali non determinano la formazione di cilindri ematici. In questi casi, per formulare la diagnosi, si deve tener presente l'intero complesso sintomatico, e conviene ricorrere a tutti i metodi di ricerca attualmente conosciuti. Così ad es. l'esame radiografico ci dirà se un calcolo ha sede nel bacinetto o nel parenchima renale; e il rinvenimento di bacilli di Koch nell'urina ci farà ammettere l'origine renale della emorragia, essendo rarissimi i casi in cui il processo tubercolare rimane localizzato al bacinetto.

Ma una volta stabilita la sede dell'emorragia, non è per questo finito il compito del medico; rimane anzi il quesito più difficile da risolvere, quello cioè riguardante la malattia che è causa della comparsa del sangue nell'orina.

Le emorragie provenienti dall'uretra anteriore sono rare, e, in genere, collegate alla infezione blenorragica; l'anamnesi ed eventualmente l'esame microscopico del secreto chiariranno la diagnosi. I restringimenti uretrali possono dar luogo a emorragie, talora lievi, talora profuse, giacchè al disopra del punto ristretto si formano, sotto la spinta dell'urina che ivi si accumula, dilatazioni ampollari dell'uretra, in cui i vasi sono facilmente lacerabili; con l'introduzione delle sonde olivari sarà facile riconoscere l'esistenza del restringimento. Emorragie uretrali possono dipendere anche da traumi esterni (colpi, ferite) o interni (introduzione di corpi estranei). Difficoltà diagnostiche si incontrano d'ordinario in tali casi solo quando, essendo intatta la cute, si voglia stabilire se vi è una grave lesione di continuità dell'uretra; si ricorre allora alla introduzione di una sonda molle, la quale passa bene quando la lesione è piccola, mentre si arresta invece in corrispondenza di una interruzione nella continuità dell'uretra.

La emissione di qualche goccia di sangue alla fine della minzione può dipendere talora da calcoli vescicali, ma si ha d'ordinario nella cistite gonorroica del collo, nei tumori dell'uretra posteriore, e nelle affezioni delle vescichette seminali (spermatocistite semplice o tubercolare). La diagnosi differenziale sarà d'ordinario facile: nella cistite acuta del collo va notato (a parte i criteri anamnestici) la coesistenza del tenesmo; nelle affezioni delle vescichette seminali si nota anche l'emissione di sperma, e, con l'esame rettale, si palpa ingrossamento nodulare delle vescichette; i tumori dell'uretra posteriore sono visibili quando si pratichi l'uretroscopia posteriore con l'apparecchio di Goldschmidt o di Wossidlo.

Le ematurie di origine vescicale possono dipendere da tumori, calcoli, corpi estranei, processi flogistici semplici o ulcerativi. Si comprende come gli elementi diagnostici più importanti vengano, in tali casi, forniti dall'esame cistoscopico; ma non mancano altri criteri, i quali saranno i soli utilizzabili quando la cistoscopia non è possibile (per es. quando esistono anche restringimenti uretrali). Le emorragie da tumore vengono senza causa apparente, sono più profuse che nella calcolosi vescicale, non risentono l'influenza benefica del riposo, durano talora assai a lungo (settimane e perfino mesi), e sovente rappresentano l'unico sintomo di malattia. Nella calcolosi vescicale invece l'emorragia suole essere poco profusa, viene dopo strapazzi corporei (lungo cammino, cavalcate, ecc.), si arresta col riposo; inoltre gli infermi avvertono d'ordinario dolori. Nei casi di introduzione di corpi estranei è criterio decisivo l'anamnesi. Nelle emorragie da processi flogistici della vescica esiste tenesmo, e l'esame microscopico fa rilevare la esistenza di pus nell'urina.

Poco nota è la possibilità di emorragie profuse in casi di ipertrofia prostatica, emorragie le quali

possono comparire in un'epoca in cui non esiste alcun altro sintomo della detta malattia. La diagnosi ne è d'ordinario assai difficile, giacchè non basta il rilevare obbiettivamente l'aumento di volume della prostata per affermare che esso è causa dell'emorragia. Potrebbe servire a confermare la diagnosi la constatazione, a mezzo del cistoscopio, che non esiste nella vescica alcuna alterazione capace di determinare l'emorragia; ma non va dimenticato che, in casi di ipertrofia prostatica, l'introduzione del cistoscopio è sovente difficile, talora addirittura impossibile.

Quando l'emorragia origina dall'uretere essa può dipendere dall'esistenza, nell'uretere stesso, di un calcolo o di un tumore. Nella calcolosi le emorragie sogliono essere così piccole da venir rilevate solo all'esame microscopico; l'esame con i raggi Roentgen rivela sovente la esistenza del calcolo. I tumori dell'uretere sogliono trovarsi combinati a tumori della vescica e del bacinetto; eccezionalmente si vede, col cistoscopio, un papilloma sporgente dall'orifizio ureterale nella vescica. La tubercolosi dell'uretere non esiste come malattia a sè, ma è sempre combinata con quella dei reni o di altre parti dell'apparecchio uro-genitale.

Di grande importanza sono le emorragie provenienti dal rene o dal bacinetto. Nella calcolosi l'emorragia è generalmente poco intensa, viene provocata da strapazzi corporei, cessa mediante il riposo; l'esame radioscopico conferma la diagnosi. Nei casi di tubercolosi le emorragie sono d'ordinario più intense nel primo stadio della malattia; all'esame microscopico dell'orina si riscontra la presenza di pus e di bacilli tubercolari; l'iniezione nelle cavie dà risultati positivi; in complesso la diagnosi, anche precoce, è facile. È difficile invece affermare l'esistenza di un tumore giacchè l'emorragia ne può essere l'unico sintoma; dolore, dimagramento, palpabile ingrossamento del rene, sono sintomi importanti ma che possono mancare completamente anche per lungo tempo. L'esame funzionale del rene fa riconoscere una diminuzione della funzionalità del rene colpito dalla neoplasia; questo sintomo però manca nei casi di ipernefroma, sicchè spesso è necessario ricorrere ad un intervento chirurgico a scopo esplorativo. Tale intervento appare tanto più necessario quando si pensa che esistono due forme nelle quali l'emorragia non presenta alcun carattere che la differenzi da quella dipendente da un tumore renale. Esistono anzitutto delle nefriti in cui, senza che abbia preceduto albuminuria o cilindruria, compare improvvisamente una emorragia; pur essendo la nefrite bilaterale, la perdita di sangue può avvenire da un solo rene; l'esame della funzionalità renale dà risultato pressochè eguale nei due lati. In secondo luogo esistono casi in cui l'emorragia rappresenta l'unico sintoma morboso; talora le perdite sanguigne sono così frequenti e profuse da rendere necessaria l'estirpazione del rene; l'esame macro e microscopico dell'organo non lascia riconoscere alcuna alterazione. Tali casi non sono affatto chiariti; si parla di una emofilia (Senator), di emorragie angionevrotiche (Klemplerer), di emorragie in rene sano. Va infine menzionata quale causa di emorragia da stasi la torsione dei vasi del peduncolo in casi di rene mobile o di idronefrosi.

L'intervento terapeutico è naturalmente assai diverso a seconda della sede dell'emorragia e della natura del male. Nei casi di uretrite blenorragica non occorre alcuna cura speciale. Nei restringimenti uretrali si ricorrerà alla dilatazione e a istillazione di sostanze astringenti. Nei papillomi dell'uretra il tumore verrà distrutto o con istillazioni, mediante la siringa di Guyon, di nitrato d'argento o resorcina, oppure mediante il galvano-cauterio. Nei traumi dell'uretra si introdurrà un catetere. Nei casi di cistite del collo gioveranno le istillazioni di nitrato d'argento; e la stessa indicazione vale per i casi di spermatocistite e deferentite, e anche per le numerose forme di cistite che dànno luogo a piccole emorragie. I corpi estranei e i calcoli della vescica verranno estratti.

I tumori vescicali devono anche essi venire estirpati mediante un intervento operatorio. Ciò però sarà, nei casi di tumori maligni, sovente impossibile, sia per la grande estensione della neoplasia, sia per la coesistenza di metastasi. Si ricorrerà allora a mezzi palliativi. I medicamenti emostatici, anche i più moderni (stipticina, stiptol, ecc.) non hanno alcuna reale influenza; essi potranno venire adoperati unicamente allo scopo di tranquillizzare l'infermo. Del pari senza efficacia si rivelano le iniezioni di gelatina e di siero antidifterico. Si può tentare il lavaggio della vescica seguito dalla cauterizzazione del tumore mediante una soluzione di nitrato d'argento; anche meno efficaci si rivelano il blu di metilene e l'adrenalina. È bene applicare in permanenza un catetere, il quale però deve essere di calibro grosso, perchè attraverso di esso possano defluire anche i coaguli; le pareti della vescica vengono

così ad addossarsi, e talora cessa l'emorragia. Se i coaguli otturano il catetere si ricorre a lavaggi con acqua calda e alla aspirazione dei coaguli stessi. Se nulla di quanto sopra vale a frenare l'emorragia, si pratica la cistotomia soprapubica, si lava con soluzione adrenalinica, si cauterizza il punto sanguinante e si tampona con garza iodoformica. Si noti però che tale grave intervento sarà solo di rado necessario giacchè le emorragie da tumore vescicale maligno sono, d'ordinario, frequenti ma poco intense.

Assai più spesso risulta necessario l'intervento operatorio nei casi di emorragia da ipertrofia prostatica. Quando, nei casi di questo genere, l'applicazione del catetere a permanenza non ha dato risultati soddisfacenti, si pratica la cistotomia soprapubica, cui si fa seguire — se le condizioni dell'infermo lo permettono — la prostatectomia.

Nei casi di calcolosi dell'uretere si cercherà di far progredire il calcolo sia istillando nell' uretere olio sterilizzato, sia procedendo alla dilatazione dell' uretere stesso mediante l' introduzione di sonde che si possono poi dilatare con l'insufflazione d'aria. Se ciò non basta, si pratica la ureterolitotomia, operazione facile e affatto pericolosa.

Più complessa è naturalmente la terapia delle emorragie di origine renale. I calcoli verranno estratti mediante la pielotomia o la nefrotomia: è naturale che si preferirà sempre, quando la scelta è possibile, la prima di queste due operazioni, assai meno grave della seconda. Nelle emorragie da stasi per torsione o inginocchiamento del peduncolo in casi di rene mobile o di idronefrosi si tenterà, per quanto è possibile, di fissare l'organo in buona posizione. Nella tubercolosi del rene è assolutamente necessaria la nefrectomia, e i risultati sono soddisfacenti rispetto alla guarigione della malattia. Nei tumori maligni invece la nefrectomia vale sovente solo a vincere l'emorragia, non ad arrestare il progresso del male. Le emorragie da nefrite sogliono cessare spontaneamente; e inoltre, tenendo presente che, se l'emorragia è unilaterale, è però bilaterale la nefrite, non si ricorrerà alla estirpazione del rene se non in caso di assoluta necessità. Questa considerazione non ha naturalmente valore nei casi innanzi decritti di emorragie in rene sano. Qui però è bene, prima di ricorrere alla nefrectomia, tentare un intervento più semplice, cioè la nefrotomia, seguita da tamponamento; si è infatti talora riusciti a frenare in tal modo l'emorragia.

V. FORLÌ.

SIFILIDOLOGIA.

La cutireazione nella sifilide.

(NOBL e FLUSS. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1912, n. 13).

I risultati ottenuti mediante il metodo della cutireazione di von Pirquet nella diagnosi della tubercolosi ha già da tempo ispirato agli sperimentatori il desiderio di conseguire analoghi effetti positivi anche nelle fasi di latenza della infezione sifilitica.

Gli AA. accennano brevemente alle varie ricerche intorno alla reinoculazione, superinfezione e reinfezione della sifilide compiute da Finger e Landsteiner, Neisser, Kraus e Volk, Ehrmann, Nobl, ecc., ricerche in cui il materiale di inoculazione era rappresentato da tessuti contenenti spirocheti, non essendo ancora riuscito di coltivare il microorganismo. La possibilità di ottenere una cutireazione utilizzabile in pratica parve maggiore quando Neisser mostrò come la inoculazione di estratti di fegato luetico assolutamente privi di spirocheti può dar luogo a processi infiammatori altrettanto intensi come l'inoculazione di materiale contenente i microrganismi specifici.

Su 30 sifilitici l'iniezione di estratto di fegato fetale luetico dette 29 volte reazione positiva, in forma di infiltrato papuloso; ma la stessa reazione si ottenne, quantunque in una percentuale assai più bassa, con estratto di fegato normale; sicchè non si potè accordare a questa reazione un notevole significato diagnostico. Nè possono venir considerati come diagnosticamente importanti i tentativi di Tedeschi (mediante l'estratto acquoso di tessuti di sclerosi), di Nobl (con estratti acquosi e alcoolici di tessuti ricchi di spirocheti), di Ciuffo (con estratto glicerico di organi di eredo-sifilitici), i quali o dettero sovente risultati negativi, o provocarono nei sani fenomeni reattivi più intensi che nei luetici. Merita di venir menzionata la così detta sifilina (estratto glicerico concentrato di fegato ricco di spirocheti) con l'applicazione intradermica della quale Nicolas, Favre e Gauthier avrebbero provocato infiltrazioni nodulari; ma Bruck, Bertin e Bruyant hanno invece ottenuto risultati negativi, mentre Fontana riferisce di aver conseguito risultati soddisfacenti.

Tutte queste ricerche avevano il torto di basarsi sull'uso di un materiale contenente, oltre gli spirocheti e i loro prodotti di ricambio, anche i corpi albuminoidi dei tessuti sifilitici. Per ottenere risultati più soddisfacenti occorreva potere ottenere le culture del microorganismo specifico.

Dopo gli studi di Schereschewsky, Hoffmann, Bruckner e Galasesco, Sowade, ecc., riuscì a Hideyo Noguchi di coltivare gli spirocheti specifici fino alla 25ª generazione.

Per le ricerche intorno alla cutireazione Noguchi si servì di colture (rese sterili col calore a 60°) cui aveva aggiunto soluzione fenica al 0.5 % (la così detta *luetina*); e ottenne, dopo 48 ore, nei conigli sifilizzati, indurazioni e pustole sterili, mentre nei conigli normali o guariti col salvarsan la reazione era negativa Nell'uomo i risultati furono alquanto diversi: individui con sifilide primaria e secondaria, trattati con successo mediante il salvarsan ed il mercurio, dettero un'alta percentuale di reazione fortemente positiva; mentre invece casi di sifilide primaria e secondaria con sintomi manifesti, blandamente curati, mostrarono d'ordinario reazione negativa; le madri di bambini presentanti i segni della lues ereditaria, dettero frequentemente reazione positiva; la reazione cutanea apparve costante e intensa nella sifilide terziaria e ereditaria, anche quando la Wasserman era assai debole o addirittura negativa; nei tabetici e paralitici la reazione fu evidente in più del 50 %.

Gli AA. hanno praticato la ricerca con la luetina di Noguchi in 107 casi, 7 dei quali non sono però utilizzabili, essendosi essi sottratti ad una osservazione prolungata.

L'iniezione intracutanea della luetina e del liquido di controllo nella quantità di 0.50 e 0.10 cmc. venne praticata nella parte superiore del braccio: i fenomeni di reazione vennero controllati, nella maggior parte dei casi, durante 4 settimane, ad intervalli di 24 ore in principio, ed in seguito di 3 giorni. Regolarmente si osservò in tutti i casi, dopo 12-24 ore, l'insorgere di eritemi papulosi circoscritti, aventi un diametro di 3-6 mm., i quali dopo 1-2 giorni si trasformavano in più accentuate infiltrazioni nodulari, della grandezza di 7-8 mm., circondati da un eritema largo da 1 3 cm., e facilmente palpabili. Dopo 8-10 giorni i fenomeni dipendenti dall'iniezione raggiungevano il loro massimo; si osservavano anche degli infiltrati a forma di fagiolo, della grandezza di 12 × 6 mm. Non troppo spesso si notarono forti alterazioni essudative, con rialzamenti centrali di segmenti nodulari trasparenti, e ancora più di rado si ebbero a rilevare fatti di necrosi. In questi casi di reazione eccessiva, nei centri nodulari si scorgono suffusioni emorragiche che iniziano il processo regressivo; ancora dopo 20 e più giorni, nei punti in cui venne praticata l'iniezione, si osserva un'ulcera ricoperta da una crosta, circondata da infiltrati molli, azzurrognoli, della grandezza di presso a poco 2 cm., e che spesso sono circondati da una zona di infiltrazione tendente a desquamazione.

Per quanto riguarda la reazione determinata mediante l'iniezione del liquido di controllo (privo di spirocheti), può dirsi che i fenomeni dei primi giorni sono perfettamente eguali a quelli determinati dalla luetina. Solo al terzo o quarto giorno si nota che i noduli eritematosi dovuti alla luetina presentano fatti essudativi più spiccati. Se però ciò è vero nella maggior parte dei casi, va anche tenuto presente che talora la reazione alla iniezione di controllo può essere egualmente o anche più intensa che quella alla luetina, e rimanere visibile per un tempo più lungo; ciò rilevarono gli AA. in tre casi.

In genere la reazione scompare fra il 10° e il 20° giorno: tuttavia talora se ne trova traccia anche dopo 4 settimane.

Gli AA. ritengono che i 100 casi da essi esaminati siano insufficienti per stabilire una percentuale riguardo alla positività della reazione; tanto più che è assai dubbio se le forme reattive qualificate come reazioni deboli debbano considerarsi come positive.

Lo studio del comportamento dei soggetti normali rispetto alla iniezione intradermica di luetina non è stato ancora approfondito dagli AA. cui — come facilmente si comprende — premeva anzitutto di rendersi conto del comportamento dei sifilitici.

Del resto, fra i casi che gli AA. considerano come non luetici due soli sono tali da permettere di escludere la lues con una certa sicurezza; mentre negli altri la anamnesi negativa non dà alcuno speciale affidamento, tanto più che in parecchi casi riusciva positiva la reazione di Wassermann.

V. FORLI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

MANICOMIO DI S. SALVI — FIRENZE
Direttore dott. P. AMALDI.

La stricnina nella ritenzione urinaria dei paralitici

per il dott. ARNOLFO TADDEI, assistente.

Tra le molteplici complicazioni che sogliono sopravvenire nell'ultima fase della paralisi progressiva una delle più gravi per il malato e che dà maggiormente da fare al medico è, senza dubbio, l'insorgere della ritenzione urinaria la quale, anche se il malato trovasi degente in letto, non sempre è subito avvertita

perchè il personale di assistenza, trovando il letto bagnato, viene tratto facilmente in inganno credendo minzione spontanea quella che è soltanto perdita di urina per rigurgito o iscuria paradossa. Se poi il paralitico può stare alzato insieme agli altri, l'eccessiva ripienezza della vescica può sfuggire anche all'attenzione del medico, ma quasi sempre un improvviso cambiamento di umore e di contegno del malato, il divenire questi disordinato, confuso, quasi in uno stato di angoscia, lo fanno avvertito che esso deve trovarsi sotto l'impero di qualche insolito disturbo di cui non riesce a dare alcuna spiegazione perchè, per la perdita della sensibilità vescicale, non è in grado di avvertire la ripienezza della vescica, ma che all'esame obiettivo risulta in modo evidente esser dovuto appunto alla ritenzione urinaria.

Per ovviare a questo inconveniente è inevitabile ricorrere al cateterismo praticato, se occorre, più volte al giorno; operazione questa che nei paralitici non presenta di solito serie difficoltà potendosi, il più delle volte, adoperare con sicuro successo la sonda molle del Nelaton, ma che ciò nonostante non è scevra di pericoli per l'insorgere, prima o poi, di una cistite purulenta la quale aggrava in modo sicuro e rapido le condizioni, già così precarie, del malato.

La comparsa della cistite è rapida e quasi sempre inevitabile ad onta di tutte le precauzioni antisettiche perchè, colla stasi, l'urina subisce la fermentazione alcalina ed ammoniacale: cioè l'urea sotto l'azione di speciali microrganismi (*micrococcus ureae, proteus vulgaris*, ecc.) si trasforma in carbonato ammonico e col cateterismo, anche scrupolosamente asettico, portiamo in vescica quei microrganismi che costantemente si trovano nell'uretra e che non possiamo allontanare malgrado le lavande più scrupolose e più ripetute; microrganismi che vengono facilmente trascinati in vescica anche da residui di urina rimasti nell'uretra posteriore e mossi a ritroso nei casi in cui le sfintere è paralizzato ed è quindi aperta la barriera tra vescica ed uretra.

Il cateterismo poi non riesce più un'operazione tanto facile quando, o per antichi restringimenti uretrali, o per ipertrofia della prostata, o per uno spasmo improvviso dell'uretra non sia possibile l'uso della sonda molle del Nelaton, ma si debba ricorrere ad una Mercier e, peggio ancora, ad un catetere metallico: le false strade, così difficili a verificarsi in casi ordinari quando il cateterismo è praticato da mani abili, sono all'opposto estremamente facili a prodursi nell'uretra dei paralitici dove i tessuti sono, quasi sempre, così lassi e così lacerabili da rendere difficile all'operatore la netta cognizione della via da seguire col suo strumento, non aiutato in alcun modo da una qualsiasi reazione di difesa da parte del malato nel quale la sensibilità è spesso del tutto abolita.

Tutti gli autori, com'è naturale, accennano all'inconveniente della ritenzione urinaria solita a verificarsi nelle ultime fasi della paralisi progressiva, ma alcuni si limitano a registrare il fatto senza dare in proposito alcun consiglio terapeutico; altri, e sono i più, ritengono necessario il cateterismo che raccomandano il pù possibile asettico; altri infine, oltre al cateterismo, consigliano varie sostanze medicamentose tra cui la stricnina data per via orale, tanto sotto forma di pillole quanto sotto forma di tintura alcoolica di noce vomica, senza però la promessa di un sicuro successo circa il ripristinamento della funzione vescicale.

Sembrandomi che la stricnina dovesse corrispondere in modo migliore se usata per via ipodermica, proposi al medico primario della divisione uomini, dott. V. Pugliese, di esperimentarla sui numerosi malati di paralisi progressiva degenti nell'infermeria del manicomio, tanto più volentieri inquantochè la somministrazione del farmaco per la via ipodermica offriva questi vantaggi: facile manualità per il medico, sicuro dosaggio del medicamento, assorbimento più rapido e quindi, se mai, effetto più pronto. Il dott. Pugliese, trovando logica la mia proposta, aderì di buon grado a tentare l'esperimento e veduto che i resultati erano fin dal principio, come avevo sperato, oltremodo soddisfacenti, m'incoraggiò a proseguire nelle mie osservazioni. Le iniezioni venivano intraprese non appena nei malati s notavano i primi fatti di ritenzione urinaria e venivano seguitate per qualche giorno ancora dopo che la funzione vescicale si era ristabilita, poi si sospendevano, salvo a riprenderle in caso di bisogno durante tutto il corso della malattia. In generale erano sufficienti, 4, 8, 12 iniezioni, sempre alla dose di 2 cmc. di soluzione al millesimo per giorno e non di più,

essendo ormai accertato che a piccole dosi, interrotte, la stricnina serve ottimamente per produrre un aumento della tonicità muscolare.

1° La prima iniezione di soluzione al millesimo di stricnina alla dose di 2 cmc. fu da me praticata il 12 settembre 1904 sul malato L... L..., di anni 42, coniugato, muratore, di Marradi, affetto da paralisi progressiva, ammesso nel manicomio di Firenze il 29 settembre 1902 e che da qualche giorno soffriva di ritenzione urinaria alla quale si provvedeva, due volte nelle 24 ore, colla siringatura. L'iniezione fu ripetuta per tre giorni di seguito quindi si sospese perchè ricomparve la minzione spontanea e regolare che si mantenne tale fino all'11 ottobre quando, manifestatasi di nuovo la ritenzione urinaria, furono necessarie altre iniezioni nei giorni 12, 14, 17 e 25. Nel mese di dicembre si fecero al malato 2 iniezioni e nel gennaio 1905 altre 6; finalmente nei primi giorni di ottobre si praticarono di nuovo 6 iniezioni di stricnina, associata questa volta alla caffeina, date le condizioni gravissime del malato che infatti venne a morte il giorno 7 dello stesso mese. Durante tutto questo tempo non fu mai necessario ricorrere al cateterismo.

2° C... C..., di anni 51, coniugato, fornaio, di Firenze, ammesso il 9 maggio 1904, morto il 10 febbraio 1906. 5 iniezioni nel dicembre 1904; 5 nel marzo 1905; 4 nell'aprile e 6 nel maggio 1905.

3° G... G..., di anni 39, coniugato, ortolano, di Firenze, ammesso il 1° settembre 1904, morto il 17 febbraio 1905. 6 iniezioni nel gennaio 1905 e 2 nel febbraio.

4° V... A..., di anni 44, coniugato, fornaio, di Firenze, ammesso il 28 aprile 1904, morto il 14 novembre 1905. 7 iniezioni nel gennaio 1905, 6 nell'aprile e 5 nel novembre 1905.

5° S... N..., di anni 52, coniugato, industriale, di Firenze, ammesso il 30 gennaio 1905, morto il 29 gennaio 1908. 10 iniezioni nell'aprile 1905, 6 nel giugno 1906, 6 nel dicembre 1907 e 10 nel gennaio 1908.

6° A... G..., di anni 37, coniugato, barbiere, di Pistoia, ammesso il 20 giugno 1902, morto il 15 marzo 1905. 7 iniezioni nel mese di marzo 1905.

7° F... G..., di anni 42, celibe, vetturino, di Firenze, ammesso il 3 dicembre 1904, morto il 29 ottobre 1905. 5 iniezioni nel marzo 1905. Notevole in questo malato il fatto che presentando egli nella regione sacrale estese e profonde piaghe da decubito queste si ripararono completamente nel mese di agosto dopo una serie di 25 iniezioni di 2 cmc. *pro die* di soluzione di stricnina e non ricomparvero più durante tutto il corso della malattia nonostante che il F... fosse quasi sempre in stato di grande agitazione.

(14)

8° D... I... G..., di anni 57, vedovo, calzolaio, di Firenze, ammesso 13 settembre 1904, morto 10 settembre 1905. 12 iniezioni nell'aprile e 6 nell'agosto 1905.

9° S... G..., di anni 44, celibe, commesso, di Firenze, ammesso 3 novembre 1903, morto 31 dicembre 1905. 6 iniezioni nel dicembre 1905.

10° P... P..., di anni 52, coniugato, vinaio, di Pontassieve, ammesso 10 ottobre 1905, morto 7 marzo 1906. 8 iniezioni nel gennaio 1906, 4 nel febbraio.

11° T... M..., di anni 55, vedovo, facchino, di Firenze, ammesso 2 ottobre 1905, morto 5 febbraio 1906. 2 iniezioni nell'ottobre 1905.

12° M... M..., di anni 46, celibe, granataio, di Brozzi, ammesso 9 giugno 1905, morto 4 febbraio 1906. 10 iniezioni nel novembre 1905.

13° N... A..., di anni 29, coniugato, commerciante, di Firenze, ammesso 6 ottobre 1905, partito in custodia domestica il 27 febbraio 1906. 5 iniezioni nel dicembre 1905.

14° G... C..., di anni 45, coniugato, impiegato, di Firenze, ammesso 21 ottobre 1905, morto 6 luglio 1906. 4 iniezioni nel gennaio 1906, 6 nel marzo e 6 nel giugno.

15° D... E..., di anni 35, celibe, soldato, di Roma, ammesso 11 agosto 1905, morto 2 novembre 1907. 7 iniezioni nel febbraio 1906, 10 nell'aprile 1907 e 5 nell'ottobre.

16° P... R..., di anni 44, coniugato, ginnastico, di Firenze, ammesso 20 agosto 1905. 10 iniezioni nel febbraio 1906.

17° B... G..., di anni 52, coniugato, pensionato, di Firenze, ammesso 24 maggio 1905, morto 23 marzo 1906. 8 iniezioni nel marzo 1906.

18° F... R..., di anni 45, coniugato, barrocciaio, di Prato, ammesso 28 maggio 1905, morto 9 marzo 1906. 2 sole iniezioni nel marzo 1906.

19° M... E..., di anni 42, celibe, pizzicagnolo, di Firenze, ammesso 15 marzo 1906, morto 13 aprile 1906. 4 iniezioni nel marzo.

20° B... L..., di anni 40, coniugato, carbonaio, di Firenze, ammesso 16 dicembre 1905, morto 9 febbraio 1907. 2 sole iniezioni nel marzo 1906.

21° C... E..., di anni 40, celibe, tappezziere, di Firenze, ammesso 24 marzo 1906, morto 8 febbraio 1907. 6 iniezioni nel maggio 1906 e 4 nel dicembre.

22° F... Z..., di anni 37, coniugato, pastaio, di Figline, ammesso 3 febbraio 1905, morto 10 ottobre 1906. 7 iniezioni nel giugno 1906 e 7 nell'agosto.

23° S.... A..., di anni 40, coniugato, scrivano, di Firenze, ammesso 20 maggio 1906, morto 21 agosto 1906. 2 sole iniezioni nell'agosto.

24° L... C... V..., di anni 35, coniugato, soldato, di Terni, ammesso 22 giugno 1906, morto 3 novembre 1906. 10 iniezioni nel settembre 1906.

25° S... U..., di anni 55, coniugato, imbianchino, di Brozzi, ammesso 11 novembre 1906, morto 16 febbraio 1907. 12 iniezioni nel novembre 1906.

26° S... G..., di anni 34, coniugato, calzolaio, di Borgo S. Lorenzo, ammesso 19 dicembre 1906, morto 20 giugno 1907. 5 iniezioni nel gennaio 1907, 2 nel febbraio e 6 nell'aprile.

27° S... U..., di anni 41, celibe, impiegato, di Firenze, ammesso 22 luglio 1904, morto 20 aprile 1907. 2 sole iniezioni nell'aprile 1907.

28° M... G..., di anni 40, coniugato, cuoco, di Firenze, ammesso 23 marzo 1907, morto 9 febbraio 1908. 7 iniezioni nel giugno 1907 e 6 nell'agosto.

29° B..., E..., di anni 41, celibe, barrocciaio, di Firenze, ammesso 19 giugno 1907, morto 26 novembre 1907. 8 iniezioni nel luglio e 8 nell'ottobre 1907.

30° S... P..., di anni 48, coniugato, usciere, di Firenze, ammesso 1° settembre 1903, morto 30 ottobre 1907. 2 sole iniezioni nell'ottobre 1907.

31° C... A..., di anni 51, coniugato, negoziante, di Firenze, ammesso 3 settembre 1907, morto 2 aprile 1908. 12 iniezioni nell'ottobre 1907 e 4 nel febbraio 1908.

32° C... E..., di anni 43, coniugato, impiegato, di Firenze, ammesso 9 gennaio 1907, morto 30 novembre 1908. 4 sole iniezioni nel novembre 1907.

Aggiungerò che le iniezioni di stricnina si sono mostrate oltremodo efficaci anche contro gl'impiagamenti da decubito che di frequente si manifestano nelle ultime fasi della paralisi progressiva, impiagamenti che hanno tendenza ad estendersi e ad approfondirsi con grande rapidità e che rendono peggiori le già gravi condizioni dei malati; coll'uso della stricnina tali piaghe o non compariscono affatto o, se sono già in atto all'inizio della cura, non hanno tendenza ad estendersi e regrediscono lentamente fino a scomparire del tutto, come nel caso dell'osservazione settima, che ho creduto bene segnalare in modo speciale perchè una delle più importanti.

Coi primi del 1908 lasciai il servizio dell'infermeria *uomini* e così non prolungai più oltre le mie osservazioni sufficienti, del resto, a dimostrare l'utilità di ricorrere alle iniezioni di stricnina che furono sempre coronate da rapido e sicuro successo. Aggiungerò che il medico primario dott. Pugliese ed i colleghi assistenti a me succeduti nel servizio dell'infermeria, riconosciuta l'efficacia del rimedio da me proposto, hanno seguitato l'uso delle iniezioni ipodermiche di stricnina in tutti quei malati affetti da paralisi progressiva che presentano ritenzione urinaria, con risultati sempre soddisfacenti inquantochè il cateterismo non viene più praticato salvo, s'intende, i casi d'urgenza; e le piaghe da decubito non sorgono quasi più a rendere maggiormente lacrimevoli le tristissime condizioni dei paralitici.

BIBLIOGRAFIA.

(1) BUFALINI. *Trattato pratico di farmacoterapia.* 1896, pagg. 59, 65.

(2) CHARCOT-BOUCHARD. *Trattato di medicina.* Traduzione Italiana. Unione Tipografica Torinese. Vol. VI, p. 2ª, pag. 116.

(3) EICHHORST. *Trattato di patologia e terapia speciale medica.* Traduzione Italiana. Milano, Società Editrice Libraria. Vol. II.

(4) GARNIER e COLOLIAN. *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.* Paris, 1901, pag. 328.

(5) GUARESCHI. *Commentario della Farmacopea Italiana e dei medicamenti in generale.* Unione Tipografica Torinese. Vol. II, p. 2ª, pagg. 17-32.

(6) STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica e terapia.* Traduzione italiana. Milano, Vallardi. Pagg. 170-192, Vol. II, p. 2ª.

LEZIONI

Diagnosi e complicazioni della colelitiasi.

(UMBER. *Mediz. Klinik*, 1912, n. 26).

L'attacco semplice di colelitiasi è caratterizzato anzitutto dalla presenza del dolore; questo insorge assai sovente, almeno per quanto riguarda il primo o i primi accessi, verso mezzanotte (un fatto questo su cui richiamò l'attenzione il Naunyn, e la cui importanza viene confermata dall'A.), ha carattere di colica, raggiunge più o meno rapidamente grande intensità. Dopo un tempo più o meno lungo il dolore scompare, talora rapidamente; in altri casi esso non scompare del tutto, ma diminuisce fino ad assumere i

caratteri di una dolenzia sorda, localizzata alla regione della vescichetta biliare. Un tale attacco può durare complessivamente pochi minuti fino ad alcune ore; se l'accesso si prolunga, il dolore assume carattere intermittente, corrispondente agli spasmi riflessi delle vie biliari.

Attraverso le vie biliari normali può passare a stento un calcolo, anche se esso abbia solo le dimensioni di un granello di canape; sicchè, in generale, perchè avvenga la migrazione dei calcoli, è necessaria una certa *vis a tergo*. Questa è dovuta in parte alla pressione esercitata dalla bile; ma questa pressione non è elevata (pari a 110-120 mm. di acqua), e — del resto — se essa aumentasse sensibilmente, al punto da potere esercitare un'azione più spiccata sul progredire dei calcoli, dovrebbe anche produrre lesioni nelle pareti dei capillari biliari, e quindi itterizia; invece, come è noto, solo una piccola parte dei calcolosi presenta ittero. Fattore essenziale del progredire dei calcoli attraverso le vie biliari è invece la contrazione spastica delle pareti, la quale, come risulta dalle esperienze di Naunyn, è dovuta dallo stimolo esercitato dal calcolo sulla mucosa. L'intensità del dolore non è proporzionale alle dimensioni del calcolo; piuttosto è invece in rapporto con la forma di questo, giacchè i calcoli rotondeggianti producono lesioni della mucosa assai più lievi di quanto non facciano quelli irregolari e provvisti di punte. Qualunque sia la intensità del dolore, non è detto che durante l'accesso di colica il calcolo debba venir certamente riversato nel duodeno; anzi, il più delle volte il calcolo rimane nelle vie biliari, ora allo stato latente, ora dando luogo a recidive e a complicazioni.

Al dolore si accompagna spesso una elevazione di temperatura, fino a 40°. È difficile dire se si tratti solamente di una febbre riflessa analoga a quella uretrale, o se invece si tratti di un'infezione batterica; tuttavia, in questi ultimi tempi, si è andato sempre più constatando la importanza delle infezioni delle vie biliari, sicchè oggi si può dire che l'attacco di colica epatica non è, di regola, un attacco spastico abatterico, ma che invece è, almeno nella più gran parte dei casi, un accesso di colecistite.

Lo scomparire dell'attacco coincide dunque, in genere, non con l'espulsione di un calcolo dalle vie biliari, ma con il cessare dei fenomeni flogistici. Ciò spiega come assai sovente si cerchi invano, dopo la colica, la presenza del calcolo nelle feci. A questo proposito rammentiamo una nozione che il medico non deve ignorare: cioè che calcoli biliari possono venir disciolti nell'intestino, e quindi non essere più riconoscibili nelle feci. Quando il calcolo viene emesso per via intestinale esso non suole comparire prima di 24 ore dal cessare della colica, assai spesso però anche parecchi giorni dopo.

Come abbiamo detto innanzi, nella maggior parte dei casi di colica epatica non si manifesta itterizia. Quando questa esiste non bisogna credere che debba assolutamente trattarsi di una occlusione del coledoco; d'ordinario l'ittero dipende dal diffondersi della flogosi ai piccoli vasi biliari, ciò che porta alla formazione di trombi biliari (ittero angiocolitico).

La sede del dolore suole essere caratteristica; ordinariamente il dolore viene localizzato all'ipocondrio destro, con irradiazione verso entrambi i lati (ma più a destra), verso l'epigastrio, verso lo spazio interscapolare, non di rado anche verso la regione precordiale. Il dolore alla spalla destra, frequente nell'ascesso epatico, e dovuto alle connessioni del nervo frenico col plesso cervicale, è raro nella colelitiasi, manifestandosi solo quando partecipa alla flogosi la sierosa che ricopre la convessità del fegato. Talora, specie nei primi accessi di colica, il dolore viene maggiormente avvertito sotto l'arcata costale sinistra, e solo in attacchi successivi assume la localizzazione caratteristica (Naunyn, Carl Gerhardt). D'ordinario il dolore non si irradia verso le vie orinarie, ciò che è importante dal punto di vista diagnostico.

Occorre rammentare come il dolore non abbia sempre carattere colico; specialmente dopo numerosi accessi, non di rado i malati accusano solo sensazioni dolorose poco intense; anzi, in taluni infermi vengono accusati quasi esclusivamente disturbi a carico dello stomaco, sicchè il medico è facilmente indotto e diagnosticare una malattia di questo organo.

Durante e poco dopo l'accesso il fegato suole essere leggermente tumefatto. Questa tumefazione, che dopo lievi accessi scompare rapidamente, è d'ordinario dovuta solo ad una iperemia dell'organo; quando invece essa dipende da processi di angiocolite ha una durata assai più lunga. La palpazione permette anche di constatare, durante o poco dopo l'accesso, una certa sensibilità nella regione della vescichetta biliare. Naunyn ritiene che, in un terzo circa dei casi, sia riconoscibile anche un ingrossamento della cistifellia, ma l'A. crede che questo sintoma sia rilevabile solo più raramente. Se il peritoneo ha partecipato alla flogosi possono venir rilevati sfregamenti (C. Gerhardt). Nei primi attacchi non si constata tumore di milza; questo può invece prodursi dopo accessi ripetuti, specie se accompagnati da ittero. Durante l'accesso può aversi, a causa del dolore, aumento nella frequenza del polso, irregolarità nei battiti, raramente bradicardia; quando alla irregolarità del polso si accompagna irradiazione del dolore verso le braccia, può sorgere il sospetto di *angina pectoris*. Nell'orina compaiono raramente traccie di albumina. Rara è anche una transitoria glicosuria, che non suole superare l'1 %; si noti a questo proposito che, negli accessi di colicistite e di angiocolite, non è raro che anche il pancreas partecipi ai fenomeni di flogosi (secondo Kehr, il pancreas sarebbe interessato nel 33 % dei casi). A carico del sistema nervoso centrale possono manifestarsi, specie dopo gravi attacchi di colica biliare, fenomeni di esaurimento.

L'accesso di colica può guarire definitivamente per non più riapparire, ma è questo indubbiamente un fatto rarissimo; in genere esso segna il principio di una lunga serie di attacchi di colica e di complicazioni.

Fra le complicazioni della colelitiasi vanno menzionati anzitutto i processi flogistici delle vie biliari. Si è già detto come la semplice colecistite rappresenti il substrato dell'attacco di colica. La colecistite ha d'ordinario carattere essudativo; ma, per infezioni più virulente, la flogosi può assumere carattere purulento, dando luogo a empiema della cistifellia, ascessi pericolecistitici, colangite intraepatica, ascesso del fegato. L'infezione può anche, per continuità, propagarsi ad organi vicini (pancreas, sierosa che ricopre il fegato, spazio subfrenico, pleura, polmone, pericardio, e perfino endocardio).

Quando i fenomeni infiammatori regrediscono verso la guarigione, la mucosa della vescichetta biliare mostra caratteri anatomici alquanto diversi dal normale; difatti è moltiplicato il numero delle glandole mucipare, e, a causa della abbondante secrezione da parte di queste glandole, si giunge facilmente all'idrope della cistifellia.

Nella più gran parte dei casi la colecistite ha carattere recidivante; ciò che è dovuto alla presenza nella cistifellia dei calcoli, i quali da un lato rappresentano un ricettacolo di batteri, dall'altro, impedendo il deflusso della bile, facilitano l'infezione.

Non è raro che si stabiliscano fistole in rapporto con le vie biliari; la più frequente è la fistola colecisto-duodenale; più rara la coledoco-duodenale; talora la fistola fa comunicare la cistifellia con il colon. In qualche caso la formazione della fistola può permettere il passaggio nell'intestino di calcoli i quali, per la loro grossezza, non avrebbero potuto attraversare le vie biliari; si ha così una specie di guarigione naturale. Ma lo stabilirsi della fistola porta con sè tali pericoli che, allo stato odierno della chirurgia, non è più lecito al medico, di attendere che ciò avvenga. Le fistole summenzionate, le quali mettono in comunicazione le vie biliari con il tratto intestinale, sono di gran lunga le più frequenti; in casi assai rari si osserva lo stabilirsi di comunicazioni fra due punti delle vie biliari, oppure tra le vie biliari da un lato e le vie urinarie, la vena porta, lo spazio retroperitoneale, il torace dall'altro.

L'antica scuola francese ha sostenuto l'esistenza di un rapporto tra colelitiasi e cirrosi epatica; ma l'A. crede che, almeno per quanto riguarda la vera cirrosi del fegato, si tratti solo di una coincidenza.

È invece sicuro un rapporto etiologico fra colelitiasi e carcinoma delle vie biliari; una conoscenza questa importantissima, anche in rapporto alla indicazione dell'intervento chirurgico in casi di calcolosi biliare.

La diagnosi dell'attacco di colecistite non offre d'ordinario difficoltà, anche quando, come suole spesso accadere, manca l'ittero e non si ritrova il calcolo nelle feci. Valgono come elementi diagnostici i seguenti fatti: insorgere

del primo accesso verso la mezzanotte, e indipendentemente dalla ingestione dei cibi; sede e caratteri del dolore, che suole accompagnarsi a vomito e a flatulenza; lieve tumefazione e sensibilità alla pressione del fegato, con dolorabilità più accentuata in corrispondenza della cistifellia. Talora sarà difficile la diagnosi differenziale tra una colica epatica e una gastralgia da ulcera dello stomaco o del duodeno, tanto più che l'esame del succo gastrico non fornisce criteri differenziali, potendo la colelitiasi determinare facilmente, in via riflessa, iperacidità e ipersecrezione.

È pressochè impossibile differenziare con lo esame clinico la colica pancreatica; si potrà pensare a questa affezione quando siano rilevabili disturbi nella funzione pancreatica. Non è sempre facile differenziare la colica epatica dalla appendicite; nei casi dubbi non si dimentichi di ricorrere alla esplorazione rettale o vaginale, e di ricercare l'indacanuria e la iperleucocitosi, che di rado mancano nella appendicite. Difficoltà può incontrarsi, nella donna, in riguardo alla diagnosi differenziale con le affezioni degli annessi di destra; non si dimentichi che tutti gli attacchi dolorosi dell'addome coincidono assai frequentemente con la mestruazione, anche quando l'affezione non ha sede nei genitali (afflusso arterioso premestruale nel territorio dello splancnico). Difficilissimo può riuscire il differenziare la colelitiasi dagli attacchi di colica del rene destro, qualunque sia la causa che li determina. Naturalmente è qui di capitale importanza l'esame accurato delle orine; si potrà anche ricorrere all'esame coi raggi Röntgen per riconoscere la presenza di un calcolo. La cistifellia tumefatta per idrope potrebbe venir confusa con un rene mobile o con un tumore renale; ma insufflando il colon la cistifellia viene spinta innanzi e riesce quindi meglio palpabile, mentre invece il rene viene sottratto alla palpazione.

Il confondere una colica biliare, in cui il dolore sia localizzato prevalentemente a sinistra, con un accesso di *angina pectoris* verrà evitato mediante una esatta indagine anamnestica e un accurato esame obbiettivo dell'apparato circolatorio. L'ascesso epatico può talora dar luogo ad attacchi dolorosi con elevazione di temperatura; ma l'anamnesi, l'esame obbiettivo, eventualmente la radiografia guideranno alla diagnosi.

L'esistenza di una nevralgia epatica, senza che esistano alterazioni anatomiche del fegato, non è provata nè è ammessa dalla maggior parte degli autori, sicchè non è il caso di porla in diagnosi differenziale.

Difficoltà grandissime possono offrirsi in casi di carcinoma delle vie biliari, tanto più che questa grave affezione si svolge non di rado in individui affetti da calcolosi epatica. Quando esiste il sospetto di carcinoma l'A. consiglia la laparotomia esplorativa.

Una volta stabilita la diagnosi di colica epatica, rimarrebbe da determinare in qual punto delle vie biliari si è fermato il calcolo; ma nel far ciò occorre sempre procedere con grandissima cautela, facendo tutte le riserve, e sopratutto avvertendo che, nei casi in cui è necessario l'intervento chirurgico, occorre sempre palpare accuratamente il coledoco, anche se l'indagine clinica non induce a ritenere che in esso esistono calcoli. V. FORLÌ.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medica di Parma.

Seduta del 13 dicembre 1912.

A. Marsiani. *Di una rara localizzazione del sifiloma iniziale.* — L'O. riferisce il caso di una bambina presentante un sifiloma iniziale alle gengive.

Questa localizzazione è stata riscontrata nella Clinica dermosifilopatica di Parma solo una volta su 66 casi di sifiloma estragenitale.

F. Lasagna. *Per la diagnosi di suppurazioni endocraniche.* — L'O. riporta due casi di ascessi cerebrali secondari a suppurazioni dell'orecchio medio venuti ambedue a morte (il secondo dopo l'atto operativo, mentre il primo non venne operato) e ne illustra la sintomatologia.

F. Lasagna. *Il sintomo di Hennebert nelle labirintiti.* — Il tono dei muscoli motori dell'occhio è in rapporto all'influenza riflessa vestibolare trasmessa ai nuclei oculomotori per l'intermediario del nucleo di Deiters, cosicchè una irritazione labirintica si trasforma spesso nel dominio oculomotore in nistagmo che è così spontaneo o provocato a seconda che lo stimolo è dovuto a processo morboso o a irritazione sperimentale.

Il segno di Hennebert consiste appunto nel provocare artificialmente il nistagmo mediante eccitazione pneumatica (che si può ottenere soffiando con un tubetto nel condotto uditivo esterno). Si ha una *reazione di Hennebert normale* (nel tono) che consiste per azione pneumatica debole in un nistagmo nello stesso senso della corrente d'aria, in senso contrario per azione pneumatica forte; ed una *reazione di Hennebert patologica* che consiste in un nistagmo in senso inverso al normale. Quest'ultima era stata descritta da Hennebert nelle fistole labirintiche; recentemente è stata trovata anche nelle labirintiti eredo-sifilitiche e l'A. riferisce appunto su uno di questi casi.

A. Rossi. *Nuove osservazioni cliniche sull'oppio del Sahli.* — L'O. riferisce di avere studiata la azione del pantopon in 20 casi e di avere ottenuto buoni risultati sia allorchè lo ebbe a somministrare per calmare il dolore (carie vertebrale, neurosi del vago, coliche saturnine, calcolosi epatiche, polinevriti sifilitiche, ecc.) sia per rallentare l'esagerata mobilità gastro-intestinale, sia per combattere la tosse, l'insonnia e l'ipereccitabilità dei centri encefalici.

A. Braga. *A proposito della natura tubercolare della linfogranulomatosi.* — L'O. riferisce di aver ricercato nei tessuti di sei individui, in cui l'esame istopatologico aveva dimostrato trattarsi di linfogranulomatosi maligna, mediante i più recenti processi di arricchimento, i bacilli tubercolari con esito in tutti negativo. Ha pure ricercato qualche volta con esito positivo le forme granulari resistenti all'antiformina e colorabili col metodo di Much, ma combatte l'opinione di Fränke e Much che cioè tali forme debbansi considerare come una varietà di virus tubercolare.

BRAGA.

Regio Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 24 novembre 1912.

A. Tamassia. *Ancora sulla segnalazione personale.* — Avendo il dott. Icard proposto una specie di codice internazionale, per la segnalazione delle persone sospette, l'A. nota, pure ammettendo l'opportunità di tale intento, come l'Icard proponga misurazioni troppo minuziose e numerose, che difficilmente faranno convergere ad un tipo determinato e sicuro, mentre trascura elementi anatomici molto più degni di fiducia, quali le figure date sulla cute dalle vene del dorso della mano, del polso, della fronte, del piede, quali il relatore propose e quali vennero ormai accolte da tutti gli istituti pubblici di segnalazioni.

A. DIAN.

Società di Scienze Mediche in Conegliano.

Seduta del 9 agosto.

Zamboni. *Sul comportamento del chirurgo nelle gravide precedentemente cesarizzate per placenta previa.* — Riferisce di una donna operata sei anni fa di taglio cesareo per pl. pr. centrale, che venne in una successiva gravidanza a morte repentina in soprapparto, mentre tutto faceva supporre un parto fisiologico. La morte fu dovuta alla rottura dell'utero sotto una doglia espulsiva, in corrispondenza della cicatrice del precedente T. C., come dimostrò l'autopsia. Di fronte a un secondo caso di un'altra donna, operata 32 mesi fa di T. C. per pl. pr. centrale, che si trova attualmente gravida a termine, in condizioni fisiologiche, senza cioè distocia pelvica, con presentazione cefalica, mobile, a sacco integro e dilatazione normale del collo; l'A. si domanda: dobbiamo affidare il parto alle forze naturali, dato che nulla fa ritenere un parto meno che fisiologico? Si può valutare la resistenza della cicatrice connettivale uterina anelastica, che non subisce le contrazioni uterine? Poco si può sapere dalla letteratura; però gli AA. per la maggior parte ritengono che l'utero già cesarizzato per distocia pelvica possa rompersi anche all'inizio del parto, come si rileva anche dalla statistica del Soli.

Maresio sostiene che data la facilità della rottura dell'utero anche all'inizio del parto, si deva ricorrere ad un nuovo sollecito T. C.

Barnabò V. e **Marcer** oppongono che, data la testa mobile e la sufficiente dilatazione del collo, si potrà vuotar l'utero con un rivolgimento in modo più sollecito che lasciandolo alle forze naturali, evitando il grave atto operativo del T. C.

Schenardi ritiene che la mano e il braccio del chirurgo, introdotti nell'utero per un rivolgimento, aumentano la pressione intrauterina, facilitando la rottura nel punto di minor resistenza.

Zamboni nel caso specifico nulla ostando al rivolgimento rapido, concorda con Barnabò e Marcer, pur approntando al tempo stesso ogni cosa per un intervento laparotomico. Si propone di studiar la questione dal punto di vista sperimentale insieme col dott. Barnabò.

Invitati i Soci in sala operatoria dell'Ospedale, esegue il rivolgimento, mentre Barnabò e Maresio si tenevano pronti per un eventuale T. C. La donna sopporta egregiamente il rivolgimento.

Pubblicheremo nei prossimi fascicoli:

P. IMBRIACO. Le ferite prodotte dalle moderne armi da fuoco portatili da guerra alle varie distanze.

G. DE LILLO. Il radium nelle sue nuove applicazioni terapeutiche.

C. BRUNETTI. Le cisti e i tumori del mesentere.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASUISTICA.

La subottusità retroepatica come segno della febbre tifoide.

Lesieur (*Lyon méd*, febbraio 1912), ricercando i limiti posteriori dell'ottusità epatica nel decorso dell'infezione tifosa, ha trovato che, percuotendo con percussione immediata, superficialmente, nella maggior parte dei casi si può mettere in evidenza una subottusità nella base del torace a destra. Tale subottusità è dimostrabile lungo la linea scapolare e l'ascellare: si trova che il margine superiore di questa ottusità può giungere fino alla punta dell'omoplata, talora anche fino alla metà dell'altezza di questa. A sinistra si ottiene l'abituale suono polmonare. A tal punto è necessario servirsi dei noti mezzi semeiologici, per differenziare un processo a carico della pleura o del polmone da un ingrandimento del fegato (palpazione, ascoltazione, espansione dei bordi polmonari, puntura esplorativa), e bisogna escludere una delle comuni cause addominali (gravidanza, ascite, meteorismo), le quali sono capaci di respingere in alto il fegato.

Il Lesieur, circondandosi nei suoi esami da tali precauzioni, mentre ha trovato assai frequentemente il sintoma nell'infezione tifosa, non ha potuto riscontrare in nessuna delle comuni malattie infettive capitate alla sua osservazione: l'eresipela, la dissenteria, l'influenza, la granulia, l'angina, ecc.; nel tifo, durante il periodo di stato, le percentuali dei casi che presentano il fenomeno, giungono ad 80-90 %.

Secondo l'A., il sintoma ha quindi un valore diagnostico, tanto più che si può ritrovare anche prima che compaia la caratteristica roseola. Seguendo tale criterio, l'A. ha potuto escludere la diagnosi di tifo in forme pseudotifoidee, ha pensato ad una possibile infezione ebertiana in due casi d'eritema nodoso, senza stato tifoso, nei quali la sierodiagnosi positiva diede ragione del sospetto. Nè basta: secondo l'A., la grandezza del fegato segue addirittura le tappe della malattia e, mentre una diminuzione della subottusità sta ad indicare una vicina defervescenza, un nuovo ingrandimento della zona predetta può costituire un segno prodromico della ricaduta.

Per l'interpretazione, egli pensa che verosimilmente si tratti di un'ipertrofia epatica di eliminazione e di difesa per la costante e precoce invasione delle vie biliari da parte del b. di Eberth.

t. p.

Intorno alla patogenesi dell'ittero catarrale.

L'antica teoria umorale voleva che l'ittero fosse sempre di origine ematogena. Venne il Virchow, il quale in base ai reperti anatomo-patologici sostenne che qualsiasi forma di ittero catarrale fosse d'origine epatogena e dovuto a cause meccaniche ostacolanti il deflusso della bile. Fra le altre teorie sulla genesi dell'ittero catarrale la più diffusa è quella della paracolia o della parapedesi del Minkowsky sostenuta pure dal Pick e secondo la quale l'ittero è dovuto ad un disturbo di quella funzione della cellula epatica per cui i vari prodotti da questa elaborati prendono la giusta via per arrivare a destinazione. Ora il dott. Neugebauer (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 14) ha studiato dal punto di vista della patogenesi un centinaio di casi di ittero catarrale, fra cui alcuni di natura sifilitica. Egli così riassume le conclusioni desunte dalle sue osservazioni: non esiste un ittero dovuto esclusivamente alla paracolia o parapedesi, all'insufficienza della cellula epatica, cioè il momento causale dell'ittero è sempre in primo luogo di natura meccanica, sebbene spesso di sì poca entità che da per sè stesso non riescirebbe ad ostacolare il libero deflusso della bile in un fegato normalmente funzionante. Ma in un fegato con alterata attività cellulare la pressione nelle vie biliari essendo abbassata, la stasi della bile può venire determinata anche da lievi cause meccaniche.

La depressione dell'attività cellulare sarebbe poi dovuta a svariate cause di natura tossica od infettiva, come le malattie infettive dell'infanzia e dell'età adulta, e specie le malattie veneree, l'alcoolismo, indi alle malattie del cuore, alla gravidanza.

Anche Minkowsky tende negli ultimi anni ad ammettere che la produzione dell'ittero per diapedesi venga favorita dalla coesistenza di cause meccaniche ostacolanti il deflusso biliare.

Lo stabilire in che consiste la lesione cellulare e di quale infezione si tratti in ogni caso che è dato di riscontrare ittero, catarro duodenale, tumor di milza ecc. deve costituire l'obiettivo di ulteriori ricerche. BEL.

Ittero emolitico consecutivo all'ingestione di estratto etereo di felce maschio.

Achard e Saint-Giron (*Le Progrès Méd.*, 9 novembre 1912), riferiscono le circostanze cliniche e le constatazioni ematologiche d'un caso d'ittero emolitico da ingestione di estratto etereo di felce maschio.

Ad una donna di 29 anni affetta da tenia viene somministrato dell'estratto etereo di felce maschio nella dose di 6 gm. in 3 ore (dalle ore 9 alle 10) in dosi di 0.50 ogni quarto d'ora. Nel pomeriggio la malata ha malessere, vomito, il giorno seguente sub-ittero delle congiuntive, per cui ricorre all'ospedale. Ittero modico, urine con lieve albuminuria, reazione di Gmelin leggermente positiva, feci di colorito normale, fegato e milza nei confini normali. Dopo 4 giorni dal suo ingresso nell'ospedale la cute ha ripreso il suo colorito ordinario.

L'esame del sangue praticato al suo ingresso nell'ospedale, dava emazie 4.300,000, normali morfologicamente, leucociti 7600, con una modica eosinofilia 4 %. L'emoglobina = 80 %, la resistenza globulare (metodo delle emazie deplasmatizzate) da 0.56 (H_1) a 0.46 (H_2). A due giorni di distanza questa si era già modificata = 0.46 (H_1) 0.38 (H_2), Il siero non contiene ne auto nè isolisine.

Dopo 17 giorni la resistenza globulare = 0.44 (H_1), le emazie, i leucociti pressochè invariati, persisteva l'eosinofilia.

Le ricerche degli AA. sono importanti per la precocità degli esami portati al riguardo della fragilità globulare; essi hanno potuto dimostrarla tre giorni dopo dall'ingestione del felce maschio, ma hanno potuto dimostrare pure la sua fugacità: a distanza di due giorni la resistenza globulare da 0.56 era salita a 0.44. *t. p.*

TERAPIA.

Cura della sciatica con l'infiltrazione perineurale.

Secondo W. M. Seszynsky (*Medical Record*, febbr. 1912) il metodo dell'infiltrazione perinervosa con soluzione fisiologica di cloruro di sodio fu iniziato da Lange di Lipsia nel 1906: egli iniettava grandi quantità di liquido, sotto forte pressione, direttamente sul nervo sciatico o in sua prossimità. Egli ha ottenuto il 65 % di guarigioni radicali, e crede che i buoni risultati avuti si debbano alla distensione o alla rottura delle aderenze, formatesi intorno al nervo. Nel 1909 il D'Orsay Hecht di Chicago dava una minuta descrizione del metodo, cui apportò notevoli modificazioni. L'A., seguendo il metodo di Hecht, ha curato venticinque casi di sciatica, con effetto molto soddisfacente; tanto più se si considera che la sciatica è di solito un'affezione ribelle, o quasi, ad ogni altra forma di trattamento. Questo metodo ha inoltre il vantaggio di un'azione rapida.

L'iniezione di alcool, usata nelle nevralgie del trigemino, non si potrebbe adoperare in questo caso, perchè l'alcool produce paralisi motoria e degenerazione del nervo.

In due casi, in cui l'A. fece l'iniezione di soluzione salina, si trattava di sciatiche iniziatesi solo una e due settimane prima. In questi casi acuti la guarigione non può certamente attribuirsi a rottura di aderenze, che non avrebbero avuto il tempo di formarsi, ma a qualche cambiamento nella circolazione e nutrizione del perinervio in seguito alla pressione o all'assorbimento del liquido, o alla interruzione degli impulsi sensoriali.

Quanto alla tecnica, le norme principali da seguirsi sono: il paziente deve giacere in pronazione; si traccia una linea dall'articolazione sacro-coccigea al margine postero-esterno del grande trocantere. La spina dell' ischio corrisponde all'unione del terzo interno coi due terzi esterni di detta linea: a due centimetri circa all'esterno di tale punto dovrà infiggersi l'ago, dopo accurata disinfezione della pelle.

L'ago, che ha una lunghezza di circa 12 cm., è protetto da una specie di guaina nella quale scorre, e che, poggiando sulla pelle, fa sì che l'ago non devii dalla direzione voluta. La punta dell'ago incontra il nervo ad una profondità, che varia dai 6 ai 12 cm., e provoca un dolore acuto irradiantesi verso il poplite, o localizzato soltanto verso il tallone; talora si hanno contrazioni della muscolatura del polpaccio. L'ago non sarà spinto più oltre; s' innesterà ad esso la siringa, e s'inietteranno da 80 a 120 cmc. di soluzione fisiologica sterile alla temperatura di 37°-38°.

Dopo l'iniezione il paziente deve giacere in letto per ventiquattro ore circa. In alcuni casi egli avverte per qualche tempo una dolorabilità diffusa nell'arto, o localizzata al decorso del nervo peroneo. Se quest'ultima persiste, si può ricorrere ad un'iniezione salina sul nervo peroneo in prossimità della testa della fibula.

Talora la guarigione avviene dopo una sola iniezione; altre volte sono necessarie due-tre fino a cinque iniezioni, fatte ad intervalli di 4-6 giorni una dall'altra.

Dei venticinque casi curati dall'A. con questo metodo, si ebbero 13 guarigioni, 10 notevoli miglioramenti, 2 insuccessi (in questi due ultimi casi fu possibile fare soltanto una iniezione). A. C.

Processo pratico per l'applicazione dell'estensione continua nella coxalgia.

Ciò che occorre:

1° un rotolo di *leucoplast* di 5 metri di lunghezza e di 5 cm. d'altezza;

2° una piccola tavoletta di legno con due incavi laterali di 6 cm. d'altezza, di larghezza alquanto superiore al diametro bimalleolare e con un foro al centro;

3° un metro di solida cordicella;

4° un piccolo sacchetto di tela pieno di pallini di piombo;

5° una piccola puleggia da adattare sul bordo della spalliera del letto.

Ciò che bisogna fare:

È necessario anzitutto, per facilitare l'adesione del cerotto alla pelle, che questa sia sgrassata coll'etere o colla benzina in corrispondenza dei punti d'applicazione. Ciò fatto si applicherà una sola striscia ad ansa partendo dal terzo superiore della coscia, seguendo la sua faccia laterale esterna, la testa del perone, la faccia esterna della gamba ed il malleolo esterno. A questo livello si lascia un'ansa libera, nella quale si interporrà la tavoletta di legno e si farà passare la striscia di cerotto negli incavi della tavoletta stessa. Sorvegliare che la parte di ansa libera fra il margine della tavoletta ed il malleolo corrispondente sia di uguale lunghezza d'ambedue i lati. Continuare l'applicazione della striscia lungo la faccia interna dell'arto. Non dimenticare che l'arto è generalmente rotato all'esterno e che perciò il capo esterno può sembrare un po' posteriore ed il capo interno alquanto anteriore. Una leggiera inclinazione della tavoletta ne è la conseguenza. L'estensione correggerà la rotazione, ed in capo ad alcune settimane la gamba avrà perduto la sua rotazione esterna, il piede e la tavoletta la loro inclinazione.

La striscia deve essere svolta gradatamente a misura che occorre per evitare l'appiccicatura delle pieghe della faccia interna, lo che renderebbe molto più difficile l'operazione. Non occorre riscaldare il cerotto. Due, tre colpi di forbici in corrispondenza del bordo inferiore sono necessarie per evitare le ripiegature in corrispondenza del ginocchio e dei malleoli

Dopo avere applicato la striscia ad ansa, si applicheranno tre striscie circolari, non strette, una al di sopra della rotula, una al disopra del polpaccio ed una, infine, al di sopra dei malleoli. Quest'ultima dovrà comprendere due giri per evitare l'allargamento, che tende a produrre la tavoletta e per evitare lo scollamento delle bende longitudinali Per proteggere i malleoli contro la pressione, mettere tra essi ed il capo libero dell'ansa un tampone di ovatta. Il tallone riposerà sopra un grosso tampone di ovatta o su di un piccolo cuscinetto. Forare indi la striscia di *leucoplast* in corrispondenza del foro della tavoletta e farvi passare attraverso un capo della cordicella che si fermerà con un grosso nodo. All'altro capo della cordicella si attaccherà il sacchetto coi pallini di piombo. Si baderà che la cordicella non sia troppo lunga, indi si farà passare col sacchetto attraverso la puleggia e l'apparato ad estensione è fatto.

(DOCHE. *Le Journ. des Praticiens*, 10 agosto 1912).

TR.

Diminuzione o soppressione del dolore in ostetricia e ginecologia.

Sulla dibattuta questione se si debba o no sopprimere o per lo meno diminuire il dolore del parto torna il Bondy in una lezione inaugurale (*Mediz. Klin.*, n. 36, 1912). Premesso un rapido sguardo storico il Bondy sull'esperienza altrui e propria conclude disapprovando l'uso della narcosi (con etere, cloroformio o simili), nei parti spontanei e riservandola soltanto a quelli operativi; consiglia però di ricorrere nei parti spontanei al *sonno crepuscolare* ottenuto sopratutto con iniezione di morfina o di pantopon (1-2 volte, gm. 0.02) associato alla scopolamina (gm. 0.0003). In armonia con lo Jäger, coll'Aulhorn e col Kolde egli ebbe un notevole successo nell'80 % dei casi: le donne così trattate giacevano tranquille ad occhi chiusi: solo durante la contrazione gemevano leggermente, pur coadiuvando con le forze ausiliarie (premito) e tornavano subito tranquille nella pausa. Unici inconvenienti, un fugace rallentamento delle contrazioni subito dopo l'iniezione, qualche rara « oligopnea » del neonato facilmente rimossa con stimoli cutanei.

Per l'ultima e più dolorosa fase del parto suggerisce una seminarcosi con cloroformio o etere, ottenuta con l'inalazione di poche gocce, fatta ad ogni contrazione ed allontanamento della maschera durante la pausa: in tal modo, anche per effetto suggestivo, si otterrebbe un semisonno che fa avvertire poco o nulla i dolori. Accenna anche all'anestesia locale (poco usata) e alla sacrale spesso raccomandata.

Nel campo ginecologico operativo poi, si dichiara fautore dell'anestesia lombare, sempre preferibile poi nel caso di controindicazione alla cloronarcosi, senza trascurare l'anestesia locale (eccetto che nelle plastiche): e nelle donne vecchie, anche per estese plastiche, suggerisce la suddetta narcosi morfioscopolaminica.

Infine ricorda e raccomanda, sia a scopo sintomatico che curativo, la anestesia sacrale extra o epidurale contro il dolore lombosacrale ribelle alle altre cure.

U. R.

MEDICINA SOCIALE

Progetto del Codice dei minorenni.

(Relazione di S. E. il Senatore O. QUARTA).

Tale progetto rappresenta la sintesi del vasto lavoro svolto dalla Commissione Reale che, su proposta del Ministro Guardasigilli on. V. E. Orlando, veniva, il 7 novembre 1909, istituita, allo scopo di studiare le cause del progressivo aumento della delinquenza nei minorenni, e di proporre quelle riforme legislative che sembrassero più adatte ad apportarvi rimedio.

Importantissima è in questo campo la cooperazione del medico psichiatra; e ben lo intese la Commissione Reale la quale — pur contando fra i membri dapprima nominati dei veri maestri di scienze medico-sociali, quali Enrico Ferri, Scipio Sighele ed altri — volle tuttavia aggregarsi un medico specialista, il prof. De-Sanctis, noto fra l'altro per i suoi pregevolissimi studî sui fanciulli anormali.

La relazione del Presidente on. senatore Quarta, concretata nella forma pratica di un progetto di Codice per i minorenni, ha, in apparenza, per i medici, solo un interesse limitato. Ma a chi legga attentamente alcuni degli articoli proposti non sfugge la enorme importanza sociale di vari provvedimenti, di cui la esperienza medica, e segnatamente quella psichiatrica, ha suggerito la richiesta. La importanza apparirà poi anche maggiore a chi integri la lettura degli articoli del Codice progettato con quella delle discussioni svoltesi in seno alle Sottocommissioni, discussioni che fornirono l'elemento necessario alla compilazione del progetto.

Concetto informatore di tutto il lavoro fu il desiderio di riunire in un unico Codice le molteplici disposizioni legislative riguardanti i minorenni, e di accentrare in un'unica autorità — il Magistrato dei minorenni — il potere di provvedere alla assistenza, tutela, istruzione, educazione, disciplina e correzione di questi. In base a considerazioni di indole medico-psicologica, tenendo conto cioè che anche a 18 anni lo sviluppo dei poteri inibitori non è completo, ed è ancora non troppo difficile ottenere, con provvedimenti adatti, che i soggetti si correggano, la Commissione propone che fino a questa età possa estendersi l'autorità del Magistrato dei minorenni.

Nella apposita Sottocommissione è stata a lungo trattata la questione dello insegnamento per i minorenni anormali. Per costoro occorrono scuole speciali, con personale apposito e con un medico specialista; e si tratta di scuole autonome, le quali devono essere ben distinte dalle *classi annesse di perfezionamento*, giacchè i pedagoghi e gli psicologi moderni sono decisamente contrari alla educazione dei veri anormali nelle scuole dei normali.

È merito specialmente dei medici l'aver richiamato l'attenzione del legislatore sui danni dipendenti dalla ingestione di bevande alcooliche, danni che sono tanto più rilevanti quanto più giovane è l'organismo. Nel Codice progettato l'articolo 100 vieta (salvo speciale prescrizione medica), nelle scuole, nei collegi, nei convitti, in ogni altro istituto di educazione e di istruzione, e anche negli istituti di assistenza pubblica, la somministrazione *di bevande alcooliche*. In seno alla Sottocommissione incaricata di trattare la questione dell'alcoolismo il De-Sanctis aveva proposto anche un articolo, a norma del quale veniva espressamente proibito, negli istituti di assistenza pubblica, e specialmente in quelli che raccolgono derelitti, traviati, anormali, *anche l'uso del vino.* Ma il senatore Quarta, nel suo progetto, non ha accettato tale articolo, forse perchè ha ritenuto che potesse sembrare troppo severo un provvedimento il quale esplicitamente proibisse l'uso del vino, così diffuso in Italia. Tuttavia giova notare che il termine *bevande alcooliche* potrebbe, dal Magistrato competente, venire interpretato nel suo significato più ampio.

Una questione che ha recentemente appassionato scienziati e profani è quella della opportunità o meno di portare a conoscenza dei giovanetti d'ambo i sessi le nozioni riguardanti la funzione sessuale. E anche di questo argomento si è occupata la Sottocommissione competente, concludendo col formulare un voto perchè, sia nelle scuole per il personale insegnante, sia nelle Scuole medie di secondo grado, venga istituito e disciplinato l'insegnamento dell'igiene sessuale.

In complesso può dirsi che, dalle numerose e dotte discussioni svoltesi in seno alla Commissione e alle Sottocommissioni, è risultata evidente la necessità di provvedere alla tutela dei minorenni, tutela che — dal punto di vista medico — venne così concretata dal De-Sanctis

nella sua relazione: educazione antialcoolica del bambino, del fanciullo e dell'adolescente; insegnamento di igiene sessuale, allo scopo di prevenire la precocità sessuale e i contagi venerei e sifilitici; assistenza dei fanciulli epilettici non ricoverabili nei manicomi; ricerca e riconoscimento, nelle scuole, dei fanciulli deficienti e anormali; assistenza integrale dei fanciulli anormali o delinquibili in appositi istituti. V. FORLÌ.

VARIA

Enrico Poincaré. — Questo genio delle scienze matematiche interessa la medicina da molti punti di vista.

Enrico Poincaré venne proclamato il più grande matematico dei nostri tempi e non soltanto in patria, ma in tutti i paesi colti. Fu anche fisico, astronomo e filosofo eccelso.

La genialità del suo ingegno ci viene attestata dalla scoperta « funzioni fuchsiane », le quali hanno semplificato meravigliosamente la soluzione di tutte le equazioni differenziali lineari e curve esprimibili in forma algebrica. Humbert giunse a dichiararare che Poincaré aveva data « la chiave del mondo algebrico ».

Nel campo dell'astronomia Poincaré dedusse, per mezzo del calcolo, come gli anelli di Saturno siano composti di infinite masse distinte, paragonabili a piccoli pianeti. L'analisi spettroscopica venne poi a confermare l'esattezza di tale deduzione. Questa scoperta matematica intorno a Saturno è stata paragonata alla scoperta di Nettuno, compiuta pure per mezzo del calcolo da Leverrier.

Contribuirono molto alla fama di Poincaré quale astronomo anche le soluzioni date al così detto « problema dei tre punti », per determinare le traiettorie degli astri del sistema solare.

Nel campo della fisica matematica è specialmente notevole lo sviluppo da lui dato alla teoria elettro-magnetica della luce del Maxwel. Egli ne dimostrò tutta la portata.

Ma è sovratutto come filosofo che Poincaré viene generalmente apprezzato. Alcuni contributi portati da lui alla psicologia, sono considerati tra i migliori che vantino i nostri tempi.

Poincaré è stato paragonato a Newton nella matematica, a Descartes nella filosofia.

Interessa conoscere come una mente così poderosa lavorasse.

Poincaré stesso si è compiaciuto di rivelarcelo. Egli ci ha narrato, ad esempio, come sia venuto alla sua scoperta delle funzioni fuchsiane.

Non vi giunse di un tratto, ma a gradini. Il problema si presentò per la prima volta alla sua mente nel corso di una notte, in cui non riusciva a prender sonno perchè, contro il solito, aveva preso una tazza di caffè nero a cena. — Egli ne vide nettamente tutti i fattori; ma gli parve che fosse troppo difficile tentare una soluzione del complesso problema; così un po' alla volta riuscì a scacciarlo dalla sua mente e finì per addormentarsi.

Fu quello il passo più importante. Gli sviluppi ulteriori non furono la conseguenza di uno studio deliberato, ma si presentarono inopinatamente, nelle circostanze più diverse, come sprazzi improvvisi di luce, quasi ispirazioni. Uno di essi venne mentre egli metteva un piede sull'omnibus, un altro mentre attraversava una larga via, un altro ancora durante un'escursione geologica fatta con alcuni amici e mentre la conversazione verteva sopra soggetti comuni, che non avevano nessun rapporto con la matematica.

Poincaré ne trae alcune deduzioni psicologiche. Comunemente si ritiene che gli studi, le concezioni e gli sviluppi d'indole matematica implichino l'intervento costante delle nostre facoltà intellettuali più elevate. Invece l'auto-ispezione porta Poincaré ad ammettere che una mente subcosciente agisca in noi e sia essa a risolvere i problemi più ardui. Egli ritiene che dei pensieri attraversino di continuo la mente sub-cosciente e che, come nel dormiveglia, noi non siamo mai senza gruppi di pensieri, dei quali è poco netta la coscienza. Quando uno di tali pensieri è particolarmente nuovo o bello, attrae l'attenzione della coscienza ed è ritenuto.

Secondo Poincaré, come la poesia e la musica e tutte le arti belle, così anche le scienze, compresa la matematica, debbono i loro progressi al lavorio di queste facoltà sub-coscienti, non già alla nostra mentalità cosciente, razionalista. Vi sarebbe nell'uomo come una forza psichica sonnecchiante ma instancabile, che fa parte dell'intelligenza e non sembra farne parte, la quale lavora tacitamente in modo continuo e porta nel foco della coscienza soltanto i suoi migliori pensieri e le sue migliori scoperte.

Sotto un altro punto di vista Poincaré interessa i cultori della medicina. — Egli si è prestato agli esami che Toulouse, l'illustre psichiatra di Parigi, lo aveva pregato di lasciar eseguire sulla sua persona. Toulouse ed i suoi allievi hanno compiuto delle indagini diligenti e numerose di estesiometria e di psicofisica ed hanno trovato che Poincaré si comportava, sotto tutti i riguardi, come un uomo normale.

Questi risultati contraddicono nettamente la dottrina di Lombroso, sull'associazione del genio

con anomalie psichiche e nervose; per lo meno, dimostrano che tale coesistenza non è generale.

Poincaré aveva abitudini casalinghe. Fu un padre di famiglia modello, semplice e buono. Insegnò lui stesso a leggere ai suoi quattro piccini. Prendeva parte volentieri ai loro giuochi. Trovava il suo piacere prediletto nella intimità della famiglia. Ebbe dei momenti di astrazione, assorbito dagli studi, ma ciò non turbava affatto i suoi trattenimenti, il suo buon umore, la sua espansività con gli amici, il suo interessamento pratico alla vita di ogni giorno con tutte le sue miserie e con tutti i piccoli ma intensi godimenti che è in grado di offrire.

Egli non si dette mai la posa di superuomo. Fu un uomo realmente superiore, ma normale.

(Dal *The Journal A.M.A.*, 2 novembre 1912).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. AMANTE. **Le lesioni traumatiche del fegato e delle vie biliari.** Tipografia Editrice Nazionale. Roma.

Il volume, di circa 500 pagine, in ottavo, si presenta in veste tipografica molto corretta ed elegante, con parecchie incisioni illustrative nel testo. È diviso in quattro parti, delle quali alcune hanno due sezioni.

Nella *prima Parte*, premessi alcuni cenni storici, anatomici e fisiologici, l'A. si occupa degli stravasi ematici e biliari, vagliando con sani criterii e fine disamina il valore dei principali sintomi delle lesioni traumatiche del fegato e delle vie biliari. Dopo una rapida sintesi dei processi morbosi, che possono complicarne il regolare andamento, egli passa, con chiara esposizione e grande esattezza, a descrivere i processi di riparazione delle diverse lesioni, intrattenendosi con cura ed amore speciale, sul trattamento curativo, argomento che gli dà campo di mostrare acume e buon senso rari.

Come appendice alla prima parte figura il noto studio sperimentale dell'A. *sul valore emostatico dell'antipirina nelle ferite del fegato*. È uno studio pregevole, che arreca un notevole ausilio alla chirurgia del fegato.

Nella *seconda Parte* l'A. tratta delle ferite del viscere, in due sezioni separate, a seconda cioè che siano o no esposte.

In ambedue i gruppi fu argomento di speciale studio il capitolo dell'anatomia patologica, che merita di essere segnalato all'attenzione degli studiosi.

Il capitolo del *trattamento chirurgico* contempla e discute esaurientemente l'ardua questione dell'intervento e dell'astensione vagliandola con sani criterii alla luce dei nuovi avvedimenti e delle risorse sempre più brillanti della tecnica moderna.

Segue la casistica, nella quale l'A. ha raccolto 203 lesioni non esposte del fegato, 242 esposte e 153 per armi da fuoco. Ma certamente ben più larga ed originale sarebbe stata la statistica se l'A. avesse avuto il tempo e forse anche il modo di frugare negli Archivi degli Ospedali di Roma, nei quali giace un materiale prezioso e poco esplorato.

La *terza Parte* del volume tratta delle ferite delle vie biliari extraepatiche in due sezioni, occupandosi nella prima di *quelle non esposte*, nell'altra delle *esposte*. Ad ambedue segue una laboriosa statistica.

Nella *quarta Parte*, che è anche l'ultima, sono studiati i rapporti etiologici fra talune malattie del fegato e delle vie biliari con i traumi di questi organi. È questo un argomento molto interessante e di attualità di fronte alle leggi e ai doveri della Previdenza Sociale, nonchè alle diverse responsabilità, dal punto di vista medico-legale. Il saggio che ce ne dà l'A. è così promettente, che ci fa desiderare e sperare una trattazione più ampia e completa, che prenda in istudio tutti gli organi.

Il volume è nel suo insieme opera altamente encomiabile, nella quale ognuno potrà trovare un capitolo che lo interessi in modo speciale, e cognizioni affatto nuove e preziose.

T. FERRETTI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il 7 dicembre 1912 si riunì in sessione plenaria il Consiglio Superiore di Sanità.

Intervennero quasi tutti i consiglieri; presiedeva il senatore prof. Todaro, in assenza dell'on. prof. Guido Baccelli, lontano da Roma.

Moltissimi erano gli affari iscritti all'ordine del giorno, e le discussioni elevate e di sommo interesse si protrassero fino al 19 dicembre.

Il Presidente porge, a nome del Consiglio, il saluto del nuovo Direttore generale della Sanità comm. Lutrario; dà il benvenuto ai nuovi membri rappresentanti tre Ordini dei sanitari, consiglieri Brunelli, Giongo e Resta, e manda un rivevente omaggio all'on. Guido Baccelli.

Rispondono ringraziando i rappresentanti degli Ordini e il Direttore generale della Sanità, il quale porge ai tre nuovi consiglieri il saluto dell'Amministrazione sanitaria.

Il Direttore generale della Sanità riferisce, in più riprese, sui fatti principali inerenti alla sanità pubblica e relativi servizi.

Tratta del personale sanitario governativo, accennando ai miglioramenti apportati dalle recenti leggi all'organismo sanitario; ai numerosi concorsi banditi per colmare i vuoti verificatisi nei vari organici, in conseguenza del largo movimento avvenuto in quest'anno, ed al disegno di legge che trovasi ora all'esame dei corpi legislativi, per un migliore assetto del servizio veterinario e dei laboratori della sanità.

Accenna in modo speciale all'istituto dell'ufficiale sanitario, all'assistenza medica ai poveri ed alle condotte veterinarie.

Quanto ai *medici condotti*, ricorda come il Ministero ha formato sempre argomento di vigile ed amorevole studio tutto ciò che si riferisce alle loro condizioni giuridiche ed economiche nei rapporti svariati con le Amministrazioni comunali, e come per merito precipuo del Consiglio superiore di sanità, nulla si è trascurato affinchè, pur avendo di mira il fine obbiettivo di assicurare un servizio sanitario regolare, fossero esaminati e risoluti con benevoli disposizioni i ricorsi relativi ad aumenti di stipendio ai sanitari.

Assicura che il Ministero richiamerà di nuovo l'attenzione dei Prefetti perchè si provveda alla compilazione dell'elenco dei poveri, ed alla completa revisione dei capitolati, perchè siano tutti coordinati alle norme sancite dal regolamento 19 luglio 1906, e continuerà a portare le sue vigili cure per avere piena contezza sul modo come sono costituiti e funzionano i consorzi sanitari.

Accenna alla *Cassa pensione* dei medici condotti, facendo la storia delle importanti e varie modificazioni portate alla legge del 1898, con la successiva del 2 dicembre 1909, tra cui principali quelle di conferire assegni di riposo alle vedove ed agli orfani dei sanitari, ed il miglioramento notevole del trattamento di pensione per i sanitari stessi.

Ricorda come il numero degli iscritti alla fine del 1911 si aggirava sulla cifra di 8150 di fronte ad un numero di posti di medico e di veterinario, che ammonta a circa 13,000; come la consistenza patrimoniale della Cassa ammonti a circa 42 milioni e mezzo, e il complesso delle pensioni accordate dal 1° gennaio 1909 ad oggi abbia raggiunto la cifra di lire 874,088.15, costituita da 446 pensioni e 32 indennità corrisposte a sanitari od a vedove ed orfani degli stessi.

Il minimo delle pensioni fu di lire 759, il massimo lire 4400, con una media di lire 1961 annue.

Tratta, quindi, dello stato dell'*esercizio farmaceutico*.

Riferisce sui provvedimenti presi durante la *spedizione in Libia*, vasto campo dove si esercitarono le più operose attività dell'Amministrazione sanitaria, a tutela del nuovo territorio, intristito dalle più diverse infezioni nostrane ed esotiche, a tutela del corpo di spedizione, a tutela della madre patria contro il nuovo minaccioso pericolo, rappresentato dall'andare e venire di navi e di armati, dal sopraggiungere di profughi, di espulsi, di prigionieri di guerra, di turbe di deportati, dal rimpatrio di masse di convalescenti nei quali l'infezione non era ancora spenta. Fu un lavoro febbrile ma ordinato, nel quale cooperarono con concordia di azione e di intenti le Amministrazioni sanitarie dell'esercito e dell'armata, e che si svolse tra il fragore delle armi riuscendo a superare felicemente le difficoltà più ardue.

Accenna ai provvedimenti presi per assicurare la incolumità del corpo di spedizione, che proveniva da ogni parte d'Italia, mentre l'epidemia di colera non era ancor del tutto esaurita, provvedimenti che riguardavano le caserme, i luoghi di concentramento e di imbarco, le navi da trasporto e la prima organizzazione dei servizi sanitari sulle coste africane, dove dominavano in quel tempo il tifo addominale e petecchiale, il vaiuolo, il tracoma, il colera, la malaria ed altre infermità proprie dei paesi caldi.

I risultati furono ottimi, le truppe, anche provenienti da centri non del tutto immuni e transitanti attraverso località ove l'infezione colerica dava ancora segno di vita, rimasero completamente incolumi; la manifestazione epidemica sulle coste libiche fu contenuta in stretti limiti, e completamente vinta in poche settimane.

Accenna alla costituzione più durevole dei vari servizi sanitari impiantati nella nuova colonia: i punti più salienti furono la costituzione della Direzione di sanità e dell'Ufficio sanitario comunale a Tripoli, dei laboratori chimico e batteriologico, che cominciarono a funzionare fin dal 1° novembre 1911, la sistemazione dell'ospedale civile e dell'ospedale per malattie infettive, degli ambulatori, l'impianto della stazione quarantenaria di sanità marittima al porto di Tripoli, ecc.

Provvedimenti analoghi furono adottati a Bengasi, ed in scala più ridotta anche in altri centri di occupazione del litorale libico e della Cirenaica.

Accenna ai risultati ottenuti da tale complesso piano di assetto definitivo; le malattie infettive tra la popolazione civile sono ridotte in limiti tanto ristretti che già da alcuni mesi fu chiuso l'ospedale speciale per tali malattie, e la mortalità che fu in Tripoli di 613 decessi in gennaio, è discesa a 139 decessi in agosto ed a 148 in settembre.

Espone in riassunto lo stato sanitario all'estero in questi ultimi anni, accennando anche all'ultima gravissima epidemia colerica di Costantinopoli, che ha per noi una importanza epidemiologica come segno rivelatore della diffusione che, in determinate circostanze di tempo e di luogo è capace di assumere il colera, quando non sia contenuto nelle dighe di una profilassi rigorosa.

Accenna, quindi, alla organizzazione sanitaria marittima ed all'armamento profilattico approntato in questi ultimi anni, e che subì la prova del fuoco nell'ultima epidemia colerica.

Le stazioni sanitarie marittime, che erano soltanto 14 nel 1910, sono state portate a 74, quasi tutte ultimate e pronte a funzionare.

L'Amministrazione sanitaria dispone oggi di 438 unità ospedaliere mobili (padiglioni, tende) di cui 238 completamente arredate, di 55 stufe fisse per disinfezione, di 120 stufe a vapore fluente, di 741 apparecchi per disinfezione alla formalina di vari tipi, di 907 pompe spruzzatrici anche esse di vari tipi, oltre 10,000 brande circa, carrettini per disinfezione, e scorte ingentissime di disinfettanti, il tutto per un valore di circa *sette* milioni di lire.

Tutto ciò è conservato in appositi magazzini, i quali, ora che il materiale torna a concentrarsi dopo essere stato per la massima parte dislocato nei Comuni durante l'episodio colerico degli ultimi due anni, sono in via di essere stabilmente disposti ed organizzati.

Passa quindi a trattare dello stato sanitario all'interno, accennando all'andamento delle principali malattie infettive ed epidemiche.

Parlando del *colera* riferisce come questo era sempre il punto più oscuro nell'orizzonte sanitario, dopo la larga diffusione avuta l'anno prima. Accenna al lavoro febbrilmente condotto nel decorso inverno; diretto a spegnere le ultime faville del vasto incendio domato e a preparare l'eventuale nuova lotta. Notevole fu il risultato, perchè nessuna favilla cadde fuori del nostro territorio, nonostante la forte emigrazione, e il successo fu pieno anche all'interno, dove l'episodio di Cagliari non valse ad oscurare la vittoria.

Accenna ampiamente a questo episodio, in cui si ebbero appena poche diecine di colpiti.

Spiega tutto il piano difensivo disposto per la circostanza, piano che, attuato senza apparati esteriori, con calma e con fermezza di propositi, portò ai migliori risultati.

Passando a parlare del *vaiuolo*, premette uno sguardo generale sull'andamento di tale malattia la cui mortalità, che fu di 6.07 per 10,000 ab. dal 1888, si ridusse a 0.12 per 10,000 ab. nel 1910, intrattenendosi quindi a parlare del recente episodio che iniziatosi nel 1911 a Fondi ed Itri in provincia di Caserta, si era esteso man mano ad altre località.

Parla di alcuni fatti degni di nota a riguardo di detta infezione, e cioè: la diffusione anche tra le maestranze delle gallerie della direttissima in quel di Caserta, donde la necessità che i grandi lavori pubblici siano sempre presidiati da razionali previdenze igieniche, e la tenuità delle manifestazioni in Puglia, attribuibile in gran parte alle vaccinazioni eseguite su vasta scala durante le epidemie del 1901, 1904 e 1907 colà verificatesi.

Parla della importanza della vaccinazione e della necessità di controlli specifici sulle linfe usate per gli innesti. Accenna alla questione mossa nel campo tecnico-sperimentale circa l'attendibilità della prova del virus Jenneriano sulla vitella e si domanda se sia lecito ed umano ricorrere, come alcuno vorrebbe, ai bambini per avere un termine omogeneo di prova.

Parlando del rigoroso servizio di controllo istituito per lo studio della efficacia e della purezza delle partite di vaccino inviate alle Provincie dai diversi Vaccinogeni d'Italia e dell'estero, accenna ai miglioramenti sempre progressivi ottenuti, mercè un'assidua intensa vigilanza, in questo servizio.

E passando a trattare dell'*ileotifo*, richiama

con raffronto di statistiche, il notevolissimo miglioramento conseguito in quanto ai morti, che per tale malattia erano 23,869 nel 1888, nel 1910 son ridotti a 9847 e ciò parallelamente coi miglioramenti igienici dei comuni e delle acque potabili in ispecie.

Accenna alla diminuzione in Italia della *tubercolosi* in generale, ma non della tubercolosi polmonale, che da parecchi anni si mantiene allo stesso livello; però subito osserva che la stessa stazionarietà, di fronte alle aumentate cause di diffusione del contagio tubercolare (urbanesimo, industrialismo, emigrazione di ritorno), è per sè stessa dimostrazione che la complessa opera igienica, che fu fatica di quest'ultimo ventennio, riesce a compensare, con profitto, le nuove cause di aumento.

Accenna agli studi promossi dalla Direzione generale ed eseguiti nei propri laboratori intorno ai rapporti tra la tubercolosi umana e bovina ed alle direttive che, da essi, vengono ispirate.

Ricorda la gagliarda ripresa della lotta antitubercolare, le buone affermazioni e le incoraggianti promesse, specialmente per virtù di cittadini operosi, di scienziati, di filantropi e di saggi amministratori, dalla cui opera deriva quella pleiade di dispensari, che si vanno moltiplicando, integrandosi con feconde alleanze con altre Istituzioni affini.

Assicura che la Direzione generale segue, come già ebbe occasione di dimostrarlo, con vivo interesse queste istituzioni, con l'intento di agevolarne l'azione concorde e di facilitarne l'ardua, umanitaria impresa.

Per quanto riguarda la *malaria*, premessi alcuni dati statistici circa la estensione del territorio malarico in Italia, circa il numero dei comuni infetti e le provincie ove il fenomeno si riscontra con maggiore intensità, ricorda come la malaria sia una di quelle malattie, su cui più benefica si svolse l'azione dello Stato.

Confronta le cifre di mortalità per malaria dal 1888 a oggi, per desumere che la malaria è ovunque diminuita, anche in provincie a malaria iniziale assai lieve, e che ovunque si son fatte rare le perniciose. Presenta una grafica in cui si scorge la decisa discesa nel 1903 in nesso con l'applicazione delle nuove leggi in materia. Nota che a tali benefici va aggiunta l'azione sovventiva e sussidiaria dello Stato, sia con le concessioni gratuite di chinino, sia con sussidi in denaro, i quali nel sessennio 1906-1911 salirono a lire 2,782,026.

Riassume i criteri adottati nella lotta antimalarica nell'anno 1912, al fine di colmare nella miglior guisa qualche lacuna ancora esistente nel servizio; criteri che si possono riassumere come appresso:

a) richiamare ad una sempre più intensa vigilanza gli organi normali dell'Amministrazione sanitaria su cui esclusivamente deve essere imperniata la lotta;

b) adottare un diverso regime di distribuzione dei sussidi, mercè anticipazione ai Prefetti;

c) somministrare ai Comuni il chinino a credito;

d) seguire da vicino gli acquisti di chinino da parte dei Comuni in modo che riescano adeguati ai bisogni;

e) provvdere alla profilassi dei lavoratori nomadi e avventizi.

Passa a trattare della *pellagra*, parlando dei favorevoli risultati ottenuti con l'applicazione della legge speciale per la prevenzione e cura di tale malattia, come ne è indice la cifra di mortalità che dal 1898 a oggi è in continua e accentuata discesa.

Accenna alle Commissioni pellagrologiche provinciali che funzionano in 33 provincie ed alle Commissioni pellagrologiche locali istituite in circa 750 Comuni; ai forni rurali che son saliti da 77, quanti erano nel 1904, a circa 1300 nel 1911, agli essiccatoi di granturco saliti da 179 a 546, alle locande sanitarie che da 424 sono aumentate a 533, ai pellagrosari che sono oggi 21.

Dice dei sussidi in denaro che il Ministero concede per la lotta contro la pellagra, sussidi che ammontano a 100,000 lire annue, e della distribuzione gratuita del sale alle famiglie dei pellagrosi, distribuzione che nel 1911 ha raggiunto la cifra di 9088 quintali.

Accenna alla vigilanza sul mais importato dall'estero e alla nomina fatta della Commissione per lo studio delle nuove vedute sulla pellagra.

Passa poi a parlare della diminuzione delle *malattie celtiche*, di che sono indici la diminuita morbosità nell'esercito, la diminuita mortalità generale e segnatamente la diminuita mortalità infantile.

Spiega come tali risultati si devono oltre che alla migliorata educazione igienica delle masse, anche alla più alacre organizzazione dei servizi profilattici in materia e all'indirizzo liberale dato al trattamento dei malati, mercè i dispensari e le sale celtiche.

Accenna alle cause per cui tali istituzioni non dànno un rendimento commisurato al sacrificio economico che incombe allo Stato, quali l'aumento delle rette di spedalità e l'aumento del numero dei malati ammessi alla cura, dovuto non certo a una maggiore morbilità per infezioni celtiche, e passa ai rimedi da adottare per ovviarvi.

Riassume qualche notizia circa il *tracoma*, l'*anchilostomiasi* nelle miniere, il *kala-azar*, specificando i provvedimenti adottati al riguardo.

***

Per quanto concerne il *risanamento del suolo e dell'abitato*, premesso qualche cenno sulle disposizioni contenute nella legge 13 luglio 1905, n. 399, e in quella 25 giugno 1911, n. 586, sui mutui per per opere igieniche e quelle contenute in leggi speciali, riassume tutte le forme di concorso governativo accordato per acqua potabile, per dedurne che pei primi 15 mesi di applicazione della nuova legge furono distribuite lire 65,006,290, cui aggiungendo la somma concessa per mutui per opere igieniche di altra natura, si arriva a oltre 70 milioni; risultato veramente insigne, che ci consente di trarre i migliori auspici pel rinnovamento igienico del nostro paese.

Passa per ultimo a dare qualche notizia sul *servizio veterinario*.

Il Consiglio, che seguì con la più deferente attenzione la esposizione fatta dal Direttore generale della sanità, deliberò che la relazione stessa sia stampata, affinchè siano di pubblica ragione i benefici ottenuti in ordine alla sanità pubblica nel Regno.

Parecchi consiglieri presero la parola sulla relazione stessa; e specialmente per ciò che riguarda il vaiuolo e la vaccinazione, il Consiglio confermò ad unanimità che il solo controllo al vaccino Jenneriano meritevole di fiducia e praticamente possibile è quello mercè la prova sulla vitella, essendo la prova sul bambino non ammissibile per ovvie ragioni di ordine umanitario e legale.

Fece voti, poi, perchè sia ripristinato il *vaccinogeno di Stato*, che tanta buona prova dette durante la sua esistenza molti anni or sono, e che tanto effetto utile ha prodotto nella Germania, dove gli Istituti di Stato sono 22, ed il vaiuolo può dirsi quasi scomparso.

Il Consiglio discusse quindi le *disposizioni per assicurare il buon governo igienico dei cantieri delle opere pubbliche e specialmente per i grandi lavori in galleria*.

In occasione degli episodi di colera e di vaiuolo manifestatisi nel 1910 e nel 1911 in provincia di Caserta e nella parte limitrofa della provincia di Roma, vari casi si verificarono tra i numerosissimi operai addetti ai cantieri per la costruzione della direttissima Roma-Napoli.

Si ebbe agio allora di constatare le cattive condizioni igieniche di quei cantieri affollatissimi, la mancanza di baracche, di latrine, di acqua e le difficoltà nell'attuazione dei provvedimenti profilattici. Pur troppo da quei cantieri si irradiarono casi di colera e di vaiuolo, diffondendo il contagio nei lontani Comuni di origine degli operai.

Donde la necessità di stabilire, con una speciale disciplina, il buon governo igienico di tutti i grandi cantieri di opere pubbliche, e la Direzione generale di sanità ne prese l'iniziativa e redasse uno schema sottoposto ora all'esame del Consiglio Superiore.

Tale schema, che già ottenne l'approvazione del Ministero e dei Consiglio Superiore dei lavori pubblici, riguarda le baracche di abitazione per gli operai e loro famiglie, l'acqua potabile, i bagni, le latrine e lo smaltimento dei rifiuti, la ventilazione delle gallerie, la denunzia delle malattie infettive ed i provvedimenti relativi, l'accettazione ed il congedamento degli operai.

Il Consiglio approvò lo schema, che ritenne di somma utilità pratica a salvaguardia della salute e dell'igiene degli operai agglomerati in villaggi in occasione di grandi opere pubbliche, e della diffusione delle malattie infettive dei cantieri stessi ad altre località.

Furono largamente discussi ed approvati il *Regolamento di polizia sanitaria degli animali domestici e le relative istruzioni*, preparati da una speciale e competente Commissione la quale ha tenuto presente tutto quanto dalla scienza è stato acquisito in questi ultimi tempi a vantaggio della lotta contro le malattie infettive e diffusive del bestiame, ed ha fatto tesoro di tutte quelle norme sancite nell'ordinanza di polizia veterinaria 3 marzo 1904, che, nella lunga esperienza si sono dimostrate di pratica ed indiscussa utilità.

Ad ampia discussione diedero luogo alcune questioni inerenti alla applicazione della legge e del regolamento sugli *Ordini dei sanitari*.

Accenneremo alle conclusioni cui il Consiglio venne, così in linea di massima, come in rapporto ad alcuni ricorsi trasmessi al Consiglio per la risoluzione.

Rimandò ad altra sessione l'eventuale esame dei regolamenti interni degli Ordini dei Sanitari, deliberati dagli Ordini stessi in applicazione dell'articolo 34 del Regolamento 12 agosto 1911, n. 1022, facendo voti, frattanto, perchè la Direzione generale della Sanità prepari uno schema di norme di massima, in merito alla compilazione dei regolamenti stessi.

Ritenne che gli Ordini non possano inscrivere di ufficio i sanitari esercenti la professione.

Altra questione di capitale importanza, discussa dal Consiglio, è quella relativa alla inscrizione agli albi, di sanitari impiegati di pubbliche amministrazioni.

A tale riguardo il Consiglio approvò il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio opina che i sanitari che sono
« compresi nei ruoli organici dei Ministeri e delle
« Amministrazioni dello Stato sono tenuti ad
« inscriversi nell'Albo dell'Ordine solo quando si
« diano al libero esercizio professionale.

« I medici condotti sono considerati sempre « come liberi esercenti ed hanno l'obbligo d'iscri- « versi nell'albo.

« Per gli altri sanitari compresi nei ruoli delle « provincie e dei comuni, il Consiglio superiore « si riserva di esaminare caso per caso se il loro « ufficio debba oppur no essere considerato come « libero esercizio della professione ».

Respinse il ricorso dei farmacisti addetti alla farmacia municipale di *Reggio Emilia* e del farmacista del manicomio di San Lazzaro della stessa città, avverso la loro inscrizione all'albo.

Accolse il ricorso del dott. Reyna di Catania avverso la deliberazione con cui l'Ordine dei veterinari di Catania stabiliva una tariffa minima obbligatoria per tutti i veterinari inscritti nell'albo, comminando anche contro il veterinario inscritto che accettasse onorari inferiori alla tariffa, le pene disciplinari di cui al cap. IV del regolamento 12 agosto 1911, n. 1022.

A questo riguardo ha ritenuto che non può assolutamente ammettersi che gli Ordini stabiliscano un *minimum* di compensi per la prestazione d'opera degli inscritti, in quanto ciò costituirebbe una illecita imposizione ai privati ed un vincolo alla libertà contrattuale, e sarebbe in manifesta contraddizione con quel generale principio formulato dall'articolo 26 dello statuto.

Accolse, infine, il ricorso di taluni sanitari avverso le elezioni del Consiglio amministrativo dell'Ordine dei medici di Foggia, perchè numerose buste contenenti le schede dei votanti erano state rinchiuse in un'unica busta diretta al Prefetto, e ciò contravvenendo al disposto dell'articolo 15 del regolamento per l'applicazione della legge sugli Ordini dei sanitari, il quale stabilisce che ciascuna scheda verrà spedita entro una busta suggellata su cui il sanitario apporrà la *sua firma legalizzata dal Sindaco*.

Trattò quindi moltissimi affari di ordinaria amministrazione, tra cui citeremo i principali.

In materia di *aumenti di stipendio ai medici condotti*, deliberati di ufficio dalle Giunte provinciali amministrative, furono respinti parecchi ricorsi presentati dai comuni, mantenendo fermi di conseguenza gli aumenti nella misura seguente: *Priero ed Uniti* (Cuneo) da 2400 a 3000 lire annue; *Lungavilla* (Pavia) da lire 2200 a lire 3200; *Alghero* (Sassari) da lire 2400 a lire 3000; *San Piero Patti* (Messina) da lire 700 a lire 2000; *Oleggio Castello* (Novara) da lire 3300 a lire 3800; *Calvizzano* (Napoli) e *Galatone* (Lecce) da lire 1000 a lire 1500, oltre altri aumenti relativi ai comuni di Senise (Potenza); Morano Calabro (Cosenza); Crecchio (Chieti); Campobasso, San Pietro Avellana (Campobasso); Visone (Alessandria); Cupello (Chieti).

Sempre in materia di aumenti di stipendio, fu dichiarato irricevibile per tardività il ricorso del Comune di Salemi (Trapani) contro il provvedimento tutorio che elevava da lire 500 a lire 1500 lo stipendio dell'ufficiale sanitario.

Furono invece accolti per ragioni di errata procedura del provvedimento tutorio i ricorsi dei comuni di Giarratana (Siracusa) e di Sezze (Roma).

Furono dichiarati inammissibili i ricorsi del dott. Varalda di Palestro, Longo di Nocera Terinese e Tosi di Castel San Lorenzo, non avendo i medesimi veste per ricorrere contro le decisioni della G. P. A. relative ad aumento di stipendio.

Il C. S. dette parere sui *regolamenti provinciali per la risicoltura* di Chieti e Rovigo.

Approvò i *regolamenti speciali per i manicomi* di Napoli, di Colorno e di Volterra e per le case di salute di Nazzano (Lucca) e San Giorgio a Cremano (Napoli).

Si pronunziò su venti *ricorsi* di Comuni ed Opere pie relativi ad *inscrizione* dei rispettivi medici alla *Cassa pensione pei sanitari*, dando parere che siano respinti i ricorsi: 1° dell'ospedale di Udine contro l'imposizione di contributi per due posti di medico assistente; 2° della Congregazione di carità di Milano contro l'accertamento di 5 posti di sanitario; 3° dell'Opera pia degli scrofolosi in Milano contro l'inscrizione di un posto di medico; 4° della Congregazione di carità di Fabriano per un posto di medico; 5° dell'ospedale Garibaldi di Catania contro ricupero di contributi; 6° del Collegio Alberoni di Piacenza per iscrizione di un posto di medico; 7° dell'Ospedale maggiore di Torino, dell'Istituto dei rachitici, e del Ricovero di mendicità contro iscrizione di posti di medici; 8° del comune di Fivizzano per lo stesso oggetto; 9° degli ospedali di Vigevano, Chieti e Roma pure per l'oggetto di cui sopra.

Sempre in tema di *Cassa pensione medici*, ha accolto i ricorsi del Conservatorio delle Figlie di San Girolamo in Genova, della Congregazione di carità di Pinerolo, dell'ospedale di Moncalieri e di Fossano, essendochè i medici che occupano tali posti erano già iscritti alla Cassa pensione, prestando servizio contemporaneo presso altri Enti obbligati alla inscrizione. Per analoga ragione vennero in parte accolti il ricorso dell'ospedale civile di Caserta e del comune di Gambatesa (Campobasso). Venne dichiarato irricevibile per decorrenza di termini il ricorso del comune di Fossano contro l'accertamento di un posto di medico.

Provvide al completamento del Consiglio di amministrazione del *Convitto degli orfani dei sanitari italiani* in Perugia, designando quali consiglieri i dottori in medicina Ancona, Brunelli, Pernossi, Evoli e i veterinari Pucci e Resta.

Dette parere favorevole all'accoglimento del ricorso del comune di Andorno, contro la negata approvazione da parte del Consiglio provinciale sanitario di Novara delle norme contenute nel *regolamento d'igiene* di quel Comune, relative alla limitazione dell'obbligo dei canali di gronda alle sole parti di copertura dei fabbricati prospicienti il suolo pubblico.

Decise per la radiazione dal regolamento di igiene di Asti, della disposizione, oggetto del ricorso da parte dei parroci della città, relativa al divieto dell'accompagno dei feretri con canti e suoni, essendo ciò materia di regolamento di polizia urbana.

Decise di accogliere il ricorso del comune di Agnone contro il parere del Consiglio provinciale sanitario di Campobasso relativo ad alcune modifiche del regolamento d'igiene e di dichiarare irricevibile il ricorso del signor Ballarè avverso la deliberazione del Consiglio comunale di Vespolate che stabiliva di aggiungere al proprio regolamento d'igiene le norme relative alla distanza delle concimaie dalle strade comunali e vicinali.

Dette pareri su vari ricorsi avanzati da sanitari, contro *misure disciplinari* loro inflitte, su molte questioni relative a Consorzi sanitari, a stabilimenti insalubri, su numerose domande di privativa industriale e circa modifiche a zone malariche nelle provincie di Avellino, Cremona e Trapani.

Al termine dei lavori il consigliere Maggiora porge un ringraziamento e auguri al presidente, pregandolo di voler trasmettere al capo del Governo, tanto benemerito della pubblica salute, l'omaggio del Consiglio superiore di sanità.

Il Presidente, levandosi in piedi, ricambia gli auguri ed i saluti, e riassunto il lavoro compiuto dal Consiglio superiore durante questa sessione, rileva con vivo compiacimento i meravigliosi progressi compiuti dalla sanità pubblica, di cui si ha un esponente nel risveglio sempre più manifesto della coscienza igienica del Paese, tanto che in quest'anno, quantunque si sia combattuta la guerra libica, ben 70 milioni di mutui per opere igieniche furono accordati a Comuni che ne avevano fatta richiesta dalla sola Cassa depositi e prestiti.

Ricorda i progressi sanitari ottenuti nella Libia, attraverso le difficoltà della guerra, e chiude dicendo come la persona che più di tutti merita la riconoscenza nostra e dell'intiera nazione è il presidente del Consiglio dei ministri, il quale mentre con attività singolare e fermezza di propositi dava all'Italia la possibilità di porgere sicura prova della sua potenza, dimostrò quanto tenesse a cuore la pubblica salute, della quale è altamente benemerito. È orgoglioso perciò di portare al ministro Giolitti, il saluto fervidissimo del Consiglio superiore di sanità. Il Consiglio plaude unanime.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3588) *Pensione. Se stando in pensione e continuando a goderla si possa entrare nuovamente in servizio.* — Al dott. A. F. che ci interpella su questo argomento, osserviamo: Siccome la pensione, per principio di diritto, tien luogo di stipendio non vi era bisogno di speciale disposizione di legge o di regolamento per impedire al medico pensionato di entrare nuovamente in servizio di condotta e percepire contemporaneamente pensione e stipendio. Non rinveniamo nella legge la disposizione cui Ella accenna secondo cui il medico pensionato, che rientrasse in servizio, sarebbe facultato o a pagare ancora il contributo, nel qual caso si sospenderebbe la pensione, o a non pagar più nulla, nel quel caso si godrebbe pensione e stipendio lasciando al Comune di pagare il suo contributo. Rinveniamo, invece, nella legge che ogni medico, nominato in base a concorso, deve obbligatoriamente iscriversi alla Cassa e pagare il contributo, che l'onere del contributo da parte del Comune sussiste sempre, sia occupato o vacante il posto di condotta.

(3589) *Istituzione di una seconda medica.* — Il dott. C. S. da C. A. C. chiede conoscere come debba regolarsi per ottenere l'istituzione di una seconda condotta medica, non potendo egli più, perchè avanzato negli anni, accudire all'intero servizio.

A norma dello articolo 22 del Regolamento per la esecuzione della vigente legge sanitaria spetta al Consiglio comunale stabilire il numero delle condotte. Ella, quindi, deve iniziare le sue pratiche presso la Amministrazione municipale. Dopo che il Consiglio avrà favorevolmente deliberato occorrerà l'approvazione della autorità tutoria.

(3590) *Dimissioni. - Loro effetto circa la stabilità.* — Il dott. I. F. da N. per mettere in condizione il proprio Comune di aumentare lo stipendio del medico condotto, rassegnò le dimissioni. Seguì l'effetto desiderato perchè il Comune effettivamente aumentò di lire 1000 lo stipendio del condottato. Chiede se può ora, con semplice istanza al Consiglio comunale, essere reintegrato nel posto o se deve presentarsi al concorso *ex novo*.

Le dimissioni date ed accettate interrompono ogni vincolo giuridico fra l'impiegato e la pubblica Amministrazione. Ella, quindi, di fronte a questa, è ora perfettamente un estraneo e come tale non ha diritto a rientrare in servizio, nè revocando le date dimissioni nè facendo istanza pura e semplice al Consiglio comunale per la riammissione. Dovrà esporsi nuovamente al concorso e per lo acquisto di nuova stabilità potrà fare solo affidamento sul periodo di servizio in-

terinale prestato dal dì della accettazione delle dimissioni a quello della nuova nomina in base a concorso. Il servizio prestato antecedentemente non è valutabile, sia perchè non ricorre nel caso la ipotesi dello articolo 33 della legge, sia perchè non fu interinale.

(3591) *Certificati di sana costituzione per espatriare.* — Il dott. A. D. M. da M. chiede conoscere quale articolo di legge o di regolamento stabilisce che i certificati di sana costituzione fisica per espatriare debbano essere rilasciati a pagamento.

La legge per la emigrazione non si occupa di tali certificati, che non sono, d'altronde, richiesti per tutti gli Stati esteri. Noi riteniamo, però, che essendo essi richiesti per esclusivo privato interesse e tornaconto, debbano essere pagati da coloro che ne hanno bisogno, e ciò anche pel principio generale che il medico condotto, a differenza dell'ufficiale sanitario, è tenuto a curare infermità in atto od a prevenire quelle potenzialmente passibili in una determinata persona.

(3592) *Periodo interinale. - Suo effetto a riguardo della pensione.* — Il dott. *Jeochanam* chiede conoscere se il periodo interinale sia calcolato nella liquidazione della pensione.

A norma dell'articolo 7 della legge 2 dicembre 1909, n. 744 il servizio interinale è calcolato ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione.

Le modalità del calcolo e gli effetti di esso saranno però incluse nel regolamento, che non è stato ancora pubblicato. Gli anni di servizio interinale, durante i quali non si dovrebbe pagare contributo, non sono, pertanto riscattabili.

(3593) *Obbligo della residenza. - Pensione.* — Il dott. B. B. da N. chiede se possa iniziare azione per danni per il fatto che due medici del comune che per capitolato avrebbero l'obbligo di stare in campagna risiedono invece in città e quanta pensione liquiderebbe con 53 anni di età e 29 di servizio.

La disobbedienza al capitolato circa l'obbligo della residenza costituisce certamente un grave incoveniente, che dovrebbe subito cessare nell'interesse del buon andamento del servizio. Ed Ella farebbe opera buona richiamando sul fatto l'attenzione del Municipio ed anche del medico provinciale. Però non crediamo che possa farsi luogo ad azione per danni, perchè non potrebbe certamente impedire che altri colleghi, quali essi sieno, si stabiliscano nel Comune.

Alle esposte condizioni liquiderà annue lire 1129, compreso i 4 mesi di Monte S. Pietro.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ANDEZENO (*Torino*). — Condotta; L. 1200, L. 100 quale uff. sanit. e L. 450 per la cura dei poveri corrisposte dalla Congregazione di carità. Scadenza 31 gennaio.

BELLUNO. *Ospedale civile.* — Al 25 gennaio concorso a medico-chirurgo secondario; L. 1400, alloggio, indennità di L. 4 per ogni giorno di guardia (i secondari sono tre), ripartizione quote ingresso dozzinanti, al netto di R. M. Nomina biennale. Doc. alla Commissione amministratrice.

BOSNASCO (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3300 lorde aument. Ab. 1032, Proroga al 31 gennaio.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). Condotta e uff. sanit.; L. 3700; obbl. cavalc.; tre sessenni, alloggio mediante trattenuta di L. 250. Età limite 45 anni. Scad. 31 gennaio.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per Bargi; L. 4500; obbligo cav. Scad. 27 gennaio.

CAVAGLIO D'AGOGNA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 2011 agglomerati in pianura. Stipendio L. 3200 lorde e conveniente alloggio con giardino. Scadenza 6 febbraio.

CHERASCO (*Cuneo*). — Condotta per le fraz. oltre Stura; L. 1600; obbl. cavalc. e residenza in una frazione. Scad. 31 gennaio.

* CONTIGLIANO (*Perugia*). — Condotta rurale; L. 2600 pei poveri, L. 660 per gli abbienti, con due sessenni. Ab. 3780, di cui 400 al centro, tutti gli altri in piccole borgate e casolari; due condotte, con servizio alterno. Scad. 30 giorni dal 31 dicembre.

FIRENZE. *Manicomio provinciale.* — Medico primario e tre medici ordinari. Vedi fasc. 2. Scadenza 31 gennaio.

FIRENZE. — *R. Ospedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* Medico chirurgo assistente; L. 1200 con ritenuta di R. M. Nomina biennale, conferma biennale. Titoli ed esami. Scad. ore 17 del 31 gennaio.

* FOSSOMBRONE (*Pesaro*). — Condotta piena; L. 3200 lorde; tre sessenni; L. 700 per cav., L. 200 pel congedo ordinario. Riducibile a residenziale (L. 2830 pei poveri). Scad. 10 febbraio.

* GRAFFIGNANO (*Roma*). — Condotta; L. 3500 pei poveri e L. 200 per gli abbienti, lorde, con tre sessenni; L. 100 quale uff. san., e L. 100 per l'arm. farm. Ab. 1200 circa. Scad. un mese dal 24 dic.

LOREO (*Rovigo*). — A tutto gennaio concorso a medico della prima condotta; L. 3800, per soli poveri. L'eletto potrà aspirare alla nomina di ufficiale sanitario retribuito con l'assegno annuo di L. 200. Rivolgersi al Municipio.

MALONNO (*Brescia*). — È prorogato a tutto il 26 gennaio il concorso medico. Stipendio 4274 lorde. Alloggio. Sessenni; malattie a norma di legge. Abitanti 2514. Non vi è obbligo nè bisogno di cavalcatura.

MONTORIO ROMANO (*Roma*). — Condotta; L. 2670 pei poveri, L. 1335 per tutti gli abitanti (1680), lorde. Uff. san. e arm. farm. Scad. 30 giorni dal 26 dic.

*NIBBIOLA (*Novara*). — Condotta; L. 2700 pei poveri (1000 incirca), L. 550 per gli abbienti, L. 100 quale uff. san., L. 100 per gestione armadio farm., alloggio. Ab. 1373. Scad. 25 genn.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Condotta piena pel 2° riparto; L. 4000 lorde e 2 sessenni decimo. Ab. 2250 circa. Non oltre 40 anni. L. 300 stanziate per supplenza. Scad. 25 gennaio.

ROBELLA (*Alessandria*). — Condotta; L. 2700 e L. 300 di supplenza se a carico del sanitario. Ab. 1345. Scad. 2 febbraio.

SPEZIA. *Ospedale Civile di Sant'Andrea.* — Fino al 31 gennaio 1913 concorso per titoli a chirurgo primario; L. 3000 e compartecipazione agli utili in ragione del per cento sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'ufficio di segreteria.

VAILATE (*Cremona*). — Condotta piena; L. 3900 nette di R. M.; direzione dell'Ospedale. Ab. 3400. Scad. 31 genn.

VIGEVANO (*Pavia*). — *Consiglio Amministrativo degli Ospedali e Istituti annessi.* Secondo chirurgo assistente; L. 1400. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione amministrativa del Consiglio

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicotaggi.

Nuove diffide sanzionate: Vailate (Cremona), Lomello (Pavia), Sandrigo, Asiago, S. Pietro Val d'Atico, Lastesvane, Valli dei Signori (Vicenza), Roccaforte del Greco (Reggio Calabria), Civitella di Romagna (Forlì)[per due condotte], Morlupo (Roma).

La Sezione Esina dell'A. N. M. C. mantiene anzi rafforza la diffida del comune di Castelbellino.

Il Consiglio direttivo della Sezione Trevigliese confermando che persiste tuttora la diffida alla condotta medica vacante del comune di Caravaggio, avverte i colleghi che nessuno deve accettare propine di interinato se non previa intesa colla Presidenza Sezionale.

Revoca di diffide: Arquà Petrarca (Padova), S. Stefano d'Aveto (Genova), Monte S. Martino (Macerata), Borgofranco Po (Mantova).

Nomine, promozioni ed onorificenze.

ROMA. — La « Gazzetta Ufficiale » del 7 gennaio pubblica il testo del decreto reale che conferisce la nomina di membri del *Consiglio superiore di sanità* pel triennio 1913-15 ai signori Baccelli prof. Guido, Golgi prof. Camillo, Tamburini prof. Augusto, Di Vestea prof. Alfonso, Maggiora prof. Arnaldo, De Giaxa prof. Vincenzo, Badaloni prof. Nicola, Santini dott. Felice, Losio ingegnere Carlo, Piacentini ing. Pio, Todaro professor Francesco, Carle prof. Antonio, Paternò di Sessa prof. Emanuele, Spica Marcataio prof. Pietro, Lanzillotti Buonsanti prof. Nicola, Baldassarre prof. Salvatore, Faelli prof. Ferruccio, Zambelletti dott. Leopoldo, Comandini avv. Ubaldo, Inghilleri avv. Calcedonio, Di Broglio dott. Ernesto, Gorio avv. Carlo, Koerner prof. Guglielmo.

NOTIZIE DIVERSE

Guido Baccelli a Parigi.

Riportiamo dalla « Tribuna » la seguente corrispondenza, datata da Parigi, 13 corr.:

Venerdì mattina il prof. Baccelli si recò alla clinica medica del « Doyen » della Facoltà di medicina di Parigi professor Landouzy, che è il primo fra i clinici francesi.

Non appena l'illustre vegliardo ebbe varcata la soglia dell'anfiteatro il prof. Landouzy sospese la lezione per andargli incontro e fattolo sedere al posto d'onore si pose al suo fianco per continuare la lezione. Finita l'illustrazione del caso clinico, il prof. Landouzy si espresse in questi termini:

« Signori, permettetemi di fare oggi, dopo la lezione clinica, una lezione di cose. È bene onorare gli uomini che hanno illustrato il loro paese e la Scienza. Ecco dinanzi a voi l'eminente Guido Baccelli, gloria della più grande Italia. Voi non ignorate quanto debba a quest'uomo la scienza e conoscete bene il segno di Baccelli in semeiotica, come conoscete le applicazioni terapeutiche che derivano dalle scoperte geniali dello scienziato illustre che ha voluto venire oggi in mezzo a noi.

« Io mi ricordo che molti anni fa essendo assistente degli ospedali di Parigi, andai a Roma per la prima volta con una lettera di raccomandazione per il clinico già famoso. Accolto affettuosamente da Guido Baccelli percorsi più volte al suo seguito le sale dei malati della clinica e assistetti alle sue lezioni. Avanzato negli anni, ebbi occasione di incontrarmi più volte col grande scienziato: quando l'interesse della scienza riuniva insieme i clinici dei diversi paesi Guido Baccelli fu sempre presente. Ultimamente lo rividi ancora a Roma in quel magnifico Policlinico che la sua tenacia infaticabile ideò e seppe volere, dotando la Capitale d'Italia della più bella costruzione ospitaliera che sia stata mai edificata fino ad ora a vantaggio dell'insegnamento clinico e degli infermi. Guido Baccelli mi disse: — « Verrò a restituirvi la visita a Parigi ». Risposi: « Attendete che la scienza clinica abbia a Parigi una sede degna, quale voi avete saputo e potuto fare per essa a Roma ». Ma Guido Baccelli non ha voluto attendere, ed è venuto in questo antico ospedale ad assistere a una lezione di clinica. Perchè egli è qui a Parigi per studiare: una mente come la sua non può concepire un viaggio di svago che non sia un viaggio di studi.

Io vi saluto, Maestro, — concluse l'oratore — vi ringrazio di essere venuto fra noi ed invito voi, signori, a unirvi a me per porgere al grande scienziato il vostro saluto ».

Un applauso unanime di tutti gli studenti e professori della Clinica riuniti nell'anfiteatro coronò la fine del discorso del prof. Landouzy. Poi Guido Baccelli si levò e pronunziò belle parole di ringraziamento e di saluto.

XII Congresso internazionale di Oftalmologia.

È convocato a Pietroburgo dal 10 al 15 agosto 1914, sotto l'alto patronato di S. M. l'Imperatore della Russia.

La presidenza onoraria al Congresso è stata conferita al prof. Arnaldo Angelucci, di Napoli, presidente effettivo del precedente Congresso.

Lingue ufficiali saranno il francese, il tedesco, l'inglese, l'italiano, lo spagnuolo ed il russo; ma si pregano gli autori delle comunicazioni a voler esprimere in francese le idee principali, le tesi e le conclusioni dei loro contributi, così da rendere possibile la discussione.

Temi ufficiali di relazione saranno: *a*) l'etiologia del tracoma e *b*) la nutrizione dell'occhio.

La quota d'iscrizione è di lire 25 per i membri effettivi, di lire 10 per le persone delle loro famiglie.

Membri corrispondenti per l'Italia sono i professori: Angelucci, Lodato e Neuschüler.

Le adesioni e le comunicazioni vanno dirette all'Ufficio centrale (St.-Pétersbourg, Hôpital ophtalmologique, Mochowaja 38; segretario ne è il dottor Th. Germann).

I dattiloscritti non debbono sorpassare 5 pagine dei resoconti ufficiali (del formato adottato pei precedenti congressi) e debbono essere trasmessi all'ufficio centrale di segreteria non oltre il 1° febbraio 1914.

La Società Italiana di radiologia medica,

costituitasi a Milano il 5 corrente, ha per scopo lo studio ed il perfezionamento della röntgenologia e della radiumlogia, non solo per le loro applicazioni alla diagnostica ed alla terapia, ma ancora per il loro riferimento alla biologia in genere ed alla fisica; la Società si propone di indire congressi, riunioni, esposizioni, di pubblicare un giornale della specialità, il primo in Italia, di favorire la reciproca intesa fra i radiologi e di tutelare gli interessi professionali della classe. Si è stabilito che i soci si debbano distinguere in onorari, ordinari ed aggregati, riservando la qualifica di socio ordinario ai soli laureati di medicina o veterinaria e comprendendo fra i soci aggregati, tutti i cultori diplomati di scienze biologiche e fisiche limitatamente agli scopi della Società.

A presidente onorario fu eletto per acclamazione il prof. Righi, che accettava, auspicando entusiasta alla nuova Società. — Del Comitato ordinatore furono chiamati a far parte i dottori: Bertolotti e Ponzio di Torino, Maragliano di Genova, Busi di Bologna, Tandoia di Napoli, Ceresole di Venezia, Luisada di Firenze, Serena di Roma, Scaduto di Palermo, Parola e Perussia di Milano.

Il prossimo Congresso, con unita esposizione di apparecchi, si terrà a Milano nell'ottobre; ne è stata affidata la presidenza al dott. Parola.

Le adesioni alla Società, accompagnate dalla quota di lire 20 nella quale è compresa l'inscrizione al prossimo Congresso, si ricevono presso il segretario-cassiere della Società, dott. Felice Perussia, Milano, Foro Bonaparte. 61.

Comitato nazionale dei liberi docenti.

Nei giorni 8 e 9 corrente si è riunito in Roma il Comitato nazionale dei liberi docenti, composto dei rappresentanti delle Associazioni di liberi docenti di tutte le Università.

Il Comitato, dopo lunga discussione, ha all'unanimità deliberato di far plauso al ministro della P. I., on. Credaro, pel progetto di legge preparato per portare alla Libera Docenza modificazioni urgenti, per le quali non è necessario attendere la grande e completa riforma universitaria, ed ha incaricato la Presidenza di comunicargli detto voto con alcuni desiderati che non possono infirmare il concetto fondamentale della legge.

Si è stabilita inoltre l'ulteriore azione da svolgere sia in occasione della grande riforma universitaria, sia nell'ambito delle leggi e dei regolamenti attuali per la tutela dei diritti di Libera Docenza.

I servizi sanitari in Libia.

Il dott. Nicolai, segretario medico della Direzione generale di sanità, che assunse le funzioni di ufficiale sanitario di Tripoli, ha inviato al direttore di sanità, comm. Lutrario, una dettagliata relazione sull'organizzazione della sanità pubblica di Tripoli.

Il relatore accenna a quanto si è fatto per combattere il colera, la malaria (che grazie ad una larga distribuzione di chinino non ha dato sintomi preoccupanti) ed il vaiuolo (mercè la vaccinazione); descrive l'impianto dell'ufficio sanitario municipale della città di Tripoli e l'organizzazione e la funzione dei vari servizi tra cui precipua l'assistenza gratuita medico-chirurgica ed ostetrica, alla profilassi, alle malattie infettive del bestiame, alla disinfezione dell'accampamento arabo-turco, alla sorveglianza delle scuole e del macello pubblico, a quella sui generi alimentari.

La relazione è ricca di dati statistici, dai quali emerge che mentre la mortalità a Tripoli nel gennaio 1912 era di 613, nell' ottobre, in seguito alle precauzioni sanitarie adottate, calò a 126 e che va sempre più diminuendo.

Il ministro delle Colonie, on. Bertolini, si è compiacinto del modo come procede il servizio sanitario generale e col comm. Lutrario ha deciso di organizzare al più presto in Libia un definitivo servizio sanitario. Nei locali dei laboratori scientifici della Direzione di sanità in Roma è stato disposto un breve corso di malattie esotiche in genere e tropicali della pelle e oculari in specie, per preparare un primo nucleo di medici che dovranno raggiungere la Libia nel prossimo marzo.

Il Ministero della guerra provvederà con opportuni e necessari allargamenti dei quadri del Corpo sanitario a completare il servizio sanitario militare nelle Colonie, che sarà affidato al colonnello direttore di sanità in Libia. Per questa organizzazione del servizio sanitario militare e per l'allargamento dei quadri del Corpo si è resa necessaria la creazione presso l'Ispettorato di sanità militare di un altro ufficio speciale per la sanità in tutte le Colonie, che sarà affidato ad un maggiore generale medico di nuova istituzione.

La Croce Rossa Italiana in Serbia.

Alcuni giornali esteri avevano mosso appunto alla Croce Rossa italiana, di avere negato dei soccorsi alla sorella di Serbia.

Occorre ristabilire la verità.

La Croce Rossa Italiana, sin dallo scorso novembre, mandò in dono alla Serbia circa 264 casse di materiale sanitario di ogni genere. Inoltre, il 21 dicembre partì da Ancona e giunse il 23 a Belgrado, un completo ospedale da guerra della Croce Rossa Italiana (Firenze n. 4), destinato a funzionare a spese della Croce Rossa Italiana stessa, capace fino a cento letti, con

una larghissima, straordinaria dotazione di materiale sanitario, e con tutti gli apparecchi suggeriti dalla scienza attuale. Il detto stabilimento sanitario da guerra fu dotato altresì di abbondante quantità di conforti di ogni genere.

Ne è comandante il distintissimo prof. Burci, direttore della Clinica chirurgica di Firenze, coadiuvato da sette ufficiali e trentatrè militi della Croce Rossa.

La Croce Rossa Serba aveva inoltre chiesto di mandare per suo conto a Durazzo il materiale per 400 letti, ma non fu possibile alla Croce Rossa Italiana di farlo, perchè ha tuttora molto materiale letterecci0 impiegato in Libia, e, di detto materiale, era già stata inviata in ciascuno degli Stati balcanici belligeranti, con i relativi ospedali da guerra, una quantità eguale a quella stata mandata alla Serbia con l'ospedale, rimanendo così esaurite le sue «riserve» di letti da ospedale da campo per feriti ed il loro rifornimento, ora in corso, non potendo improvvisarsi.

Nessun'altra domanda di soccorsi pervenne alla Croce Rossa Italiana.

Medici italiani in Serbia.

Da una corrispondenza di A. Casulli alla «Tribuna» del 7 gennaio riportiamo questo brano in cui si descrive l'attività spiegata da due medici italiani nella fortezza di Belgrado, a favore dei malati e feriti ivi ricoverati.

«I due medici italiani — il dott. Zannini e il dott. Lovadina — fanno addirittura prodigi, tanto che Re Pietro, con *ukase* del 23 dic., li ha nominati cavalieri dell'Ordine civile di San Sava, ambitissima onorificenza, e la Croce Rossa Serba li ha insigniti della croce al merito.

E' singolare la riconoscenza che i feriti turchi mostrano per i nostri due bravi connazionali.

Nel reparto del dott. Zannini c'è anche un giovane ufficiale di cavalleria, un arabo di Bagdad, che fu già a Bengasi con Enver bey. Il giovanotto non può stare un momento senza vedere il dottore. Lo chiama, lo accarezza, lo abbraccia.

— *Mon frère docteur*...

E non ammette altra parentela.

Un turco asiatico, un povero contadino, al quale il dott. Lovadina, primario chirurgo, ha con ardito atto operativo, estratto un proiettile conficcato nell'articolazione del ginocchio, ripete sempre in italiano indecifrabile:

— Quando sarò guarito, mi inginocchierò davanti al Sultano Vittorio!

Un altro, cui lo stesso Lovadina ha guarito il braccio destro orribilmente ferito da uno *shrapnel*, agita continuamente il braccio risanato e grida:

— Non sparare più contro Italiani...

Oggi, l'unico centro di vita a Belgrado è questa dolente Fortezza, questa ospite vasta di malattie e di sofferenze».

Una spedizione sanitaria italiana nei Balcani.

È tornata da non molto in Italia una spedizione sanitaria, recatasi nel Montenegro per prestare aiuto ai feriti in guerra, condotta dal professor Carlo Cattapani.

La spedizione ha servito l'esercito Montenegrino e Serbo. Ha impiantato un ospedale a San Giovanni di Medua. Si è trovata in due combattimenti ed ha curato un gran numero di malati affetti specialmente da febbri enteriche.

Le sezioni volanti hanno percorso quasi 230 chilometri a piedi.

Tutti i volontari furono ricevuti da Sua Maestà re Nicola che ebbe parole di lode e riconoscenza per questi figli d'Italia dei quali i due più giovani non avevano più di 16 anni.

Per i servizi sanitari nei Balcani.

Il prof. Montprofit, direttore della clinica medica alla scuola preparatoria di medicina d'Angers, è stato officiato dal Governo greco a volere organizzare il servizio sanitario negli ospedali militari greci.

Egli ha accettato, a condizione che il suo soggiorno in Grecia non dovrà durare che alcune settimane e che egli rimarrà libero di tornare in Francia non appena si producessero complicazioni europee.

La convenzione italo-germanica per le assicurazioni sociali.

La Commissione nominata dai ministri di agricoltura, industria e commercio e degli esteri per l'applicazione della convenzione italo-germanica sulle assicurazioni sociali, ha concretato le modalità di applicazione per gli infortuni sul lavoro e per la invalidità e la vecchiaia.

Consorzio per le acque minerali.

Il 21 dicembre, a Milano, sono convenuti i signori rappresentanti e delegati di numerose Società proprietarie di fonti di acque minerali. Venne chiamato alla Presidenza l'egregio cav. avvocato Cesare Mazzoni, presidente della S. Pellegrino.

Dopo ampia discussione, dalla quale è risultato il concorde intendimento di tutti gli intervenuti per iniziare una attiva propaganda in favore delle acque minerali naturali, con unità d'intento e con larghezza di mezzi, hanno deliberato di unirsi in Consorzio, e han dato incarico al cav. uff. dott. Eugenio Levati, direttore della *Milano Sanitaria*, di stendere e preparare, nel minor tempo possibile, un progetto concreto di azione del Consorzio, tenendo presenti le idee svolte dagli intervenuti all'adunanza e dei voti in essa manifestati.

Riforma della réclame medica in Germania.

La stampa medica organizzata della Germania ha deliberato di sottoporre gli annunzi di réclame all'esame di una Commissione costituita in seno all'ultimo Congresso tedesco di medicina interna.

La Commissione risulta di sei membri regolari, che sono i professori Gottlieb, G. Klemperer, W. Heubner, Penzoldt, A. Schmidt e Spatz, quasi tutti clinici e redattori capi d'importanti giornali di medicina; di sei membri consulenti: O. Heubner per la pediatria, Bettmann di Eidelberga per la dermatologia, Mannich di Gottinga, per la farmacologia, Dippe di Lipsia, rappresentante la Lega tedesca per la tutela degli interessi professionali dei medici della Germania, Salzmann di Berlino, rappresentante la Lega dei farmacisti tedeschi, W. A. Puckner, rappresentante il «Consiglio di chimica e farmacia» dell'«Associazione Medica Americana»; infine i proff. E. Fischer, His e Thoms costituiscono uno speciale comitato.

La Commissione ha installato i suoi uffici a Gottinga (Nikolausberger Weg, 23) e ne ha affidato la direzione al dott. O. Loeb.

Rassegna della stampa medica.

« Münch. Med. Woch. », 12 nov. Faust. Sull'azione combinata di alcuni alcaloidi dell'oppio. — Kehrer. Chirurgia della sterilità. — Chiari. Sui trapianti di midollo osseo.

« La Sem. Méd. », 13 nov. Klippel e Weil. L'ineguaglianza pupillare nell'emiplegia cerebrale.

« Gaz. d. Hôp. », 12 nov. Cestan e Pujol. Paludismo e arsenobenzolo.

« Brit. Med. Journ. », 2 nov. Osler. Vantaggi e svantaggi dell'alta pressione ematica.

« Berl. Klin. Woch. », 11 nov. Askanazy. Sulle metastasi cancerose della cute. — Strauss. Sulla diagnosi differenziale dell'ulcera gastrica penetrante carcinomatosa. — Querner. Gravi sintomi cerebrali dei tisici, senza reperti anatomici.

« Bull. de l'Ac. de Méd. », 12 nov. Heurot, Trasfusione del sangue. — Discussione sulla denuncia obbligatoria della tubercolosi.

« Wien. Klin. Woch. », 14 nov. Stein. La cura specifica della tricofizia. — Arzt e Kerl. Sul valore della reazione Freund-Kaminer. — Beck e Biach. Nistagmo nella febbre.

« Deut. Med. Woch. », 14 nov. Sonnenburg. I compiti della moderna chirurgia. — Brieger. Sulla terapia dell'anemia perniciosa. — Raubitschek. Su di una reazione diagnostica specifica della pellagra. — Abderhalden. La sierodiagnosi della gravidanza. — Kletschmer. Le inclusioni leucocitarie nella scarlattina.

« Gazz. d. Osp. », 14 nov. Fusco. Il 606 nella infezione malarica.

« Gazz. Med. It. », 14 nov. Morelli. Le soluzioni di pancreatina per la coltura dei microrganismi e specialmente dei vibrioni del colera.

« Gaz. d. Hôp. », 14 nov. Bitot e Mauriac. La flebosclerosi.

« Rev. de Thér. », 15 nov. Kirmisson. Il trattamento della coxa vara traumatica.

« Zeit. f. Tuberk. », nov. Pottenger. Sulla diagnosi precoce della tubercolosi apicale.

« Zbl. f. Chir. », 16 nov. Röpke. Nuovo processo per la gastrostomia e l'esofagoplastica. — Noser. Cura operativa del rene migrante.

« Zbl. f. inn. Med. », 16 nov. Igersheimer. Rivista generale di oculistica.

« Derm. Woch. », 16 nov. Föckler. Vaccinoterapia della gonorrea.

« The Lancet », 16 nov. Nietner. La lotta odierna contro la tubercolosi. — Russel. La paralisi da angiospasmo cerebrale. — West. Le nevrosi respiratorie.

« Brit. Med. Journ. », 14 nov. Numero consacrato alla tubercolosi.

« Le Bull. Méd. », 16 nov. Plicque. Gli anestetici locali.

« La Lig. Med. », 15 nov. Tanfani. La reazione di Salomon e Saul nelle malattie mentali.

« La Presse Méd. d'Egypte », 15 nov. Legrand. Gli ascessi dissenterici del cervello: amebiasi encefalica.

« Rev. d'Urol. », 15 nov. Heitz-Beyer. Pseudoguarigione della tubercolosi renale col trattamento conservatore.

« Il Movim. San. », 31 ott. Raimondi. Sull'epidemia colerica in Venezia e provincia nel 1911.

« Anales d. Dep. Nac. de Hig. », sett.-ottobre Barbieri, De Gregoris, Pierry. La lotta contro il paludismo.

« Gazz. d. Osp. », 12 nov. Sighicelli. L'iodio ed i raggi X.

« Rev. Neur. », 15 nov. Marinesco e Mineo. La coltura dei gangli spinali di mammiferi *in vitro*. — Arsimoles e Halberstadt. Su alcune sindromi mentali dovute alla sifilide cerebrale.

« The Journal A. M. A. », 15 nov. Vaugham. Sulla terapia del cancro. — Pfahler. Aderenze e stenosi dell'intestino. — Brust. Attacchi convulsivi associati ad intossicazione gastro-intestinale.

« Mediz. Klinik », 17 nov. Hoffmann. La diagnosi precoce della tubercolosi attiva. — Peretti. Ginecologia e psichiatria.

« Gazz. Osp. », 17 nov. Bueri. La termoterapia nelle malattie dell'infanzia.

« Le Bull. Méd. », 20 nov. Bazy. I risultati remoti della cura cruenta delle fratture della rotula.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XX. *Roma, 26 gennaio 1913* Fasc. 4

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Le ferite prodotte dalle moderne armi da fuoco portatili da guerra alle varie distanze.

Per il ten. gen. med. P. IMBRIACO, libero docente.

Nei tempi passati gli effetti dei proiettili delle armi da guerra si studiavano solo nei feriti sul campo di battaglia; ma quando il metodo sperimentale si è affermato con tanto successo in tutti i rami della medicina, non poteva non estendersi anche alla chirurgia di guerra. E si sono praticati esperimenti sui cadaveri umani e sugli animali viventi, non solo, ma anche sui bersagli inanimati, per poter poi riferire i risultati di queste prove sperimentali alle parti dell'organismo vivo, aventi analogia di caratteri fisici cogli oggetti tratti dalla natura morta. Io non posso fare qui un'ordinata e minuta esposizione di siffatti esperimenti: ne farò menzione, soltanto nella misura necessaria, tutte le volte che mi si presenterà l'opportunità.

Se il proiettile nella sua corsa non incontra alcuna resistenza, tranne quella della gravità e dell'aria, non si deforma e non perde nulla della sua integrità e del suo peso, non può aver subito, nell'atto di colpire il corpo umano, che una modificazione nelle sue qualità dinamiche, ossia una diminuzione di *velocità* nel suo movimento, la quale diminuzione, naturalmente, varia colle distanze. È perciò facile intendere come, col variare delle distanze, debbano pur modificarsi gli effetti sul bersaglio, e quindi i caratteri delle ferite.

Dupuytren, prendendo appunto di mira la *velocità*, notò che le ferite erano tanto più regolari e si avvicinavano alle comuni ferite da punta e da taglio, quanto più il tiratore era

vicino al bersaglio. Alle brevi distanze si producevano canali rettilinei a contorni netti, con poca contusione e senza lacerazioni nè commozione; alle grandi distanze, invece, si vedevano contusioni e lacerazioni, canali tortuosi ed a fondo cieco. Il Dupuytren, perciò, distinse in due classi le lesioni per colpi d'arma da fuoco: lesioni *da colpi vicini* e lesioni *da colpi lontani*.

Senonchè, col progredire delle armi, gli effetti sul corpo umano mutarono e si resero più complessi; onde il bisogno di una ripartizione non così semplice e vaga.

Nella guerra del 1870-71 le ferite cagionate dal fucile Chassepot e dal fucile Dreyse presentarono delle forme nuove, che indussero francesi e tedeschi ad accusarsi scambievolmente di aver violato il Patto internazionale di Pietroburgo, del 1868, adoperando piccoli proiettili scoppianti. Pareva, infatti, in molti casi, che il proiettile penetrato nel corpo, vi fosse esploso, producendo così lesioni anche in distanza, non corrispondenti alla sua forma e volume. Ma dagli studi fatti in seguito fu posto in chiaro che tali lesioni sono da attribuirsi all'azione, a brevi distanze, degli ordinari proiettili pieni, non già a proiettili cavi contenenti sostanze esplosive. Si vide, inoltre, che anche al di là della zona della traiettoria, nella quale solevano avvenire gli effetti di scoppio, le ferite presentavano taluni caratteri speciali, abbastanza costanti, per cui assumevano una fisionomia propria entro determinati limiti della *velocità residua* del proiettile, ossia entro determinate distanze. Da ciò è derivata una classificazione delle lesioni in rapporto colle sezioni diverse della traiettoria, alle quali corrispondono ed in cui si producono.

Noi diciamo sin da ora che questa ripartizione è molto artificiosa, ma si presta assai bene per uno studio sintetico delle lesioni cagionate dalle armi di *piccolo calibro*, ed anche per un parallelo con quelle prodotte dalle armi di *medio calibro* prima in uso.

Innanzi di descrivere i caratteri distintivi delle ferite nelle diverse zone della traiettoria, parmi opportuno dire brevi parole intorno al *meccanismo di produzione* delle ferite stesse, fermandomi in ispecial modo sugli *effetti esplosivi*, come quelli, che hanno richiamato maggiormente l'attenzione degli autori.

***

Il proiettile nel colpire il bersaglio agisce su di esso sia nella direzione del proprio movimento, sia in direzione perpendicolare od obliqua a quella del movimento. Nel primo caso esercita una azione di *penetrazione*, e penetra realmente nell'oggetto, se la forza viva, che a questo trasmette, supera la coesione degli elementi molecolari di esso; nel secondo caso spiega un'azione *laterale*, agisce, cioè, anche sugli elementi lontani più o meno dal punto colpito.

Le due azioni sono fra loro in rapporto inverso: ciò che facilita la *penetrazione*, non favorisce l'*azione laterale*, e viceversa. Così, il volume della pallottola, l'allargamento della sua sezione trasversale, le deformazioni, diminuiscono l'*azione di penetrazione*, ed accrescono l'*azione laterale*.

Non sarà inutile qualche breve dilucidazione.

I proiettili attuali, *cilindro-ogivali* od *affusolati*, animati come sono dal doppio movimento di *traslazione* e di *rotazione*, allorchè incontrano un piano resistente, imprimono a questo, a causa del movimento di *traslazione*, un urto a guisa di un colpo di martello, e se vincono la coesione molecolare dell'oggetto, vi penetrano per l'azione di *martello*, nonchè per quella di *cuneo* a causa della loro forma, e di *trapano* a causa del movimento di *rotazione*.

Se per poco si analizzano questi tre meccanismi, si vedrà il loro vario contributo nella produzione dell'effetto vulnerante.

Nel meccanismo per *colpo di martello* le molecole prima urtate trasmettono l'urto a quelle sottogiacenti e così di seguito sino alle molecole estreme. Ma ciascuna molecola urtata reagisce per contraccolpo, e così si determina una serie di onde o di vibrazioni molecolari nella direzione del colpo. L'urto intanto, per il fatto stesso della coesione molecolare, si trasmette anche alle molecole vicine e tanto più, quanto maggiore è la resistenza dell'oggetto alla penetrazione e quanto minore è l'attitudine del proiettile a penetrare. Si stabilisce quindi anche una serie di onde laterali. Si ha così un'azione secondo l'asse di percussione del proiettile, ed un'azione in direzione angolare all'asse di percussione: *azione di penetrazione*, la prima; *azione laterale* la seconda. I movimenti combinati di *cuneo* e di *trapano* facilitano bensì l'*azione di penetrazione*, ma concorrono più specialmente a determinare l'*azione laterale*, giacchè l'un movimento si esplica sopratutto respingendo lateralmente le molecole, e l'altro cercando di superare la resistenza dell'oggetto alla torsione mediante lo sfregamento che il proiettile in rotazione esercita sulle pareti del tragitto.

Da questo breve esame del *meccanismo* col quale il proiettile in moto agisce sul bersaglio, si

può intendere, senza bisogno di scendere a più minuti particolari, l'influenza che esercitano sulla intensità ed estensione delle alterazioni, la natura, la forma, le dimensioni, la velocità ed in genere, le qualità fisico-dinamiche del proiettile, da una parte, ed i caratteri fisici e quindi il grado di resistenza o, con altre parole, *il modo di reazione* del bersaglio, dall'altra.

Ma, come ho già accennato, l'attenzione degli autori si è specialmente rivolta ad indagare quale sia il *meccanismo di produzione* degli *effetti esplosivi*; e sono state emesse in proposito diverse teorie, che non sarebbe opportuno qui estesamente riportare.

Ricordo la teoria della *fusione del proiettile*, di Hagenbach, Socin, Richter; della *penetrazione dell'aria nella ferita o del proiettile aereo*, di Morin e Melsens; della *percussione*, di Beck, Bornhaupt, Delorme; della *rotazione*, di Busch; della *pressione idraulica*, di Reger, Bircher, Kocher, Nimier, ecc.; della *pressione idrodinamica*, di v. Coler e Schierning; del *vuoto nei liquidi*, di Woodruff; delle *onde oscillanti* di Köhler: delle *vibrazioni*, di Cascino; del *movimento* e *proiezione delle molecole*, di Bonomo; della *tensione*, di Ugo e Carlo Marx, per i colpi sul cranio (1).

Mi fermo un momento sulla teoria della *pressione idraulica*, la più semplice e la più seducente di tutte, e che ha avuto ed ha tuttora un gran numero di fautori.

Essa è fondata sulla incompressibilità o poca compressibilità dei liquidi, e precisamente sul noto principio di Pascal, secondo cui *la pressione esercitata su di una massa liquida, si trasmette equabilmente in tutti i sensi alle pareti del recipiente che contiene il liquido, in proporzione della intensità della forza premente.* Le pareti del recipiente si rompono ed il recipiente scoppia, quando la pressione oltrepassa i limiti della elasticità e della coesione delle pareti stesse. Se il recipiente non è da pertutto chiuso, il liquido premuto tenterà di sfuggire dagli spiragli, che il vaso presenta; ma se le aperture sono relativamente strette e la pressione è intensa e repentina, può non istabilirsi l'equilibrio fra l'urto che le pareti del recipiente ricevono, e la loro resistenza e coesione molecolare, ed avvenire ugualmente lo scoppio.

Numerose esperienze sono state praticate per indagare se realmente, ed in tutti i casi, la teoria della *pressione idrostatica* possa dar ragione degli effetti esplosivi dei proiettili sul corpo umano.

Si è tirato con velocità di 250-300 m. contro vesciche ripiene d'acqua; e si son viste le vesciche lacerarsi e scoppiare e l'acqua venir fuori in tutte le direzioni. Si è sparato, come hanno fatto Bircher, Reger, Kocher, ed anche io ho ripetuto, contro cassette di latta riempite d'acqua, ed alle brevi distanze si è visto la cassetta gonfiarsi e fendersi in tutti i sensi. Lasciando la cassetta parzialmente aperta nella sua parete superiore, come io ho fatto in taluni esperimenti, si è verificato bensì che un getto d'acqua spingevasi in alto nell'atto in cui il proiettile attraversava la massa liquida, ma il recipiente rimaneva parimente lacerato.

Gli stessi effetti, sebbene in grado relativamente minore, si osservarono sui recipienti contenenti sostanze imbevute più o meno di liquido. S'intende bene come in questi casi gli effetti di scoppio sieno in ragione della quantità di liquido contenuto nell'oggetto su cui si tira, e in ragione delle dimensioni del proiettile, della sua deformazione e della velocità ond'è animato.

Io ho eseguito dei tiri contro cassette metalliche, vuote, riempite di acqua e riempite di segatura di legno umida (1). Le esperienze furono fatte alle distanze da 50 a 600 e 1000 m., colla pallottola del fucile Vetterli italiano di 10.35 mm., di piombo compresso, con carica di polvere nera; colla pallottola dello stesso Vetterli, rivestita di rame, e con carica di balistite; e col proiettile del nostro fucile modello 1891, di mm. 6.5.

I fenomeni esplosivi non mancarono mai (tranne alle maggiori distanze, come dirò or ora) sulle cassette ripiene di acqua e di segatura di legno inzuppata di acqua; anzi furono sempre caratteristici: gonfiamento delle pareti, distacco ed allargamento delle commissure, lacerazioni irregolari in tutti i sensi, forami di uscita larghi sei-otto volte le dimensioni del proiettile, irregolari, dentellati. Sulle cassette contenenti segatura umida, gli effetti furono meno accentuati che sulle altre ripiene d'acqua; furono nulli sulle cassette vuote. A 600 m. si ebbero solo limitate lacerazioni ed un modico gonfiamento della cassetta ripiena d'acqua; a 1000 m. non si manifestò quasi alcun fenomeno esplosivo.

Da questi esperimenti comparativi fu altresì confermato che i proiettili di piccolo calibro producono effetti di scoppio sensibilmente minori di quelli dei proiettili di medio calibro, ma tali

(1) V. RIEDINGER *Ueber die Wirkung moderner Projektile.* Würzburg, 1909.

(1) P. IMBRIACO. *Sull'azione degli attuali fucili da guerra*, ecc., studio sperimentale. Roma, 1903.

effetti pare che si riscontrino, più o meno attenuati, anche a maggiori distanze,

Nelle figure seguenti sono rappresentati gli effetti esplosivi ottenuti nei miei esperimenti alla distanza di 100 m. col proiettile del fucile Vetterli di mm. 10.35 e col proiettile del fucile modello 1891 di mm. 6.5 Aggiungo due figure rappresentanti gli effetti del tiro a 600 ed a 1000 m. col proiettile di mm. 6.5 sulle cassette metalliche ripiene d'acqua.

FIG. 1.

A — Cassetta di latta vuota.

B — Cassetta di latta ripiena di segatura di legno umida

C — Cassetta di latta ripiena d'acqua

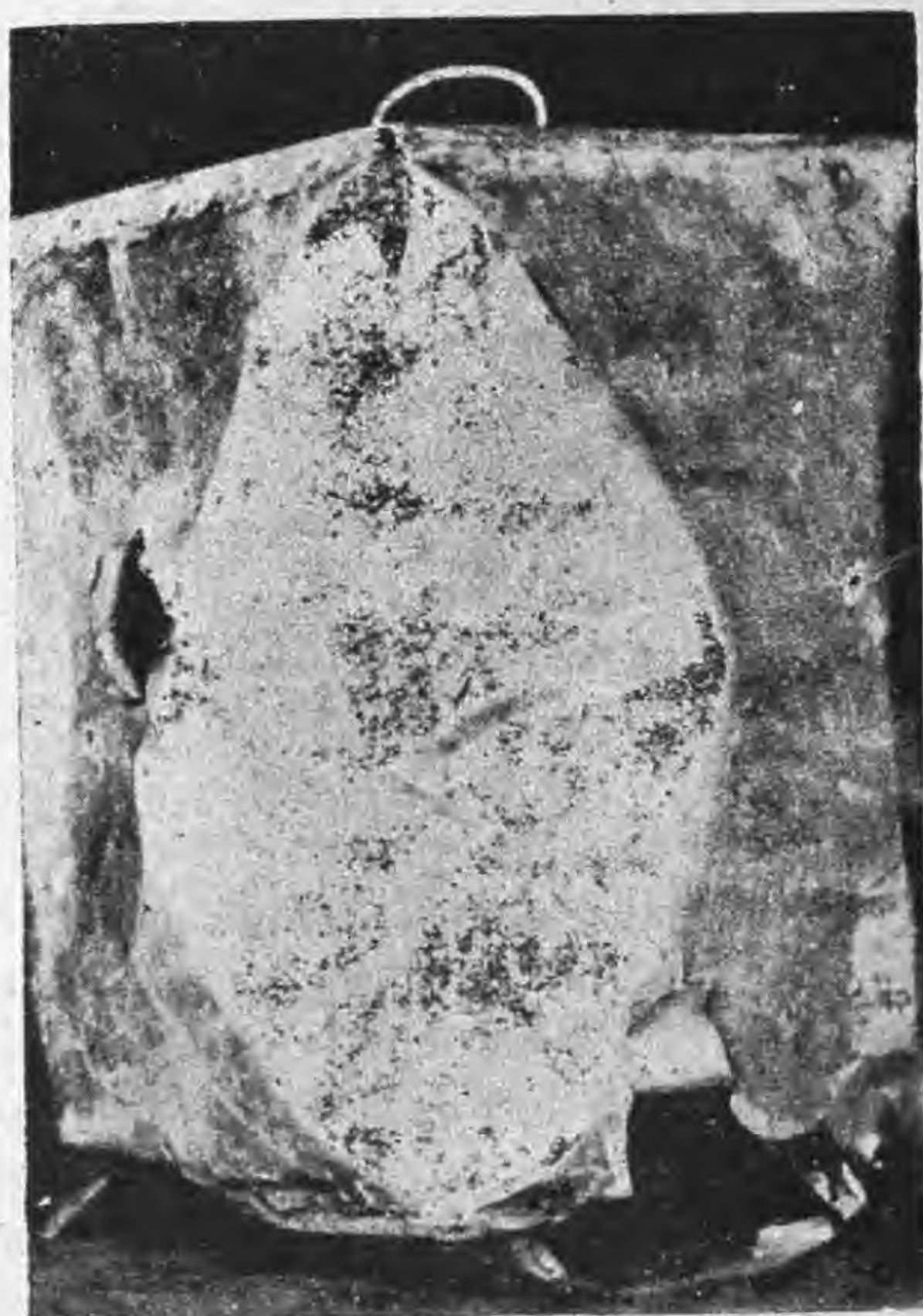
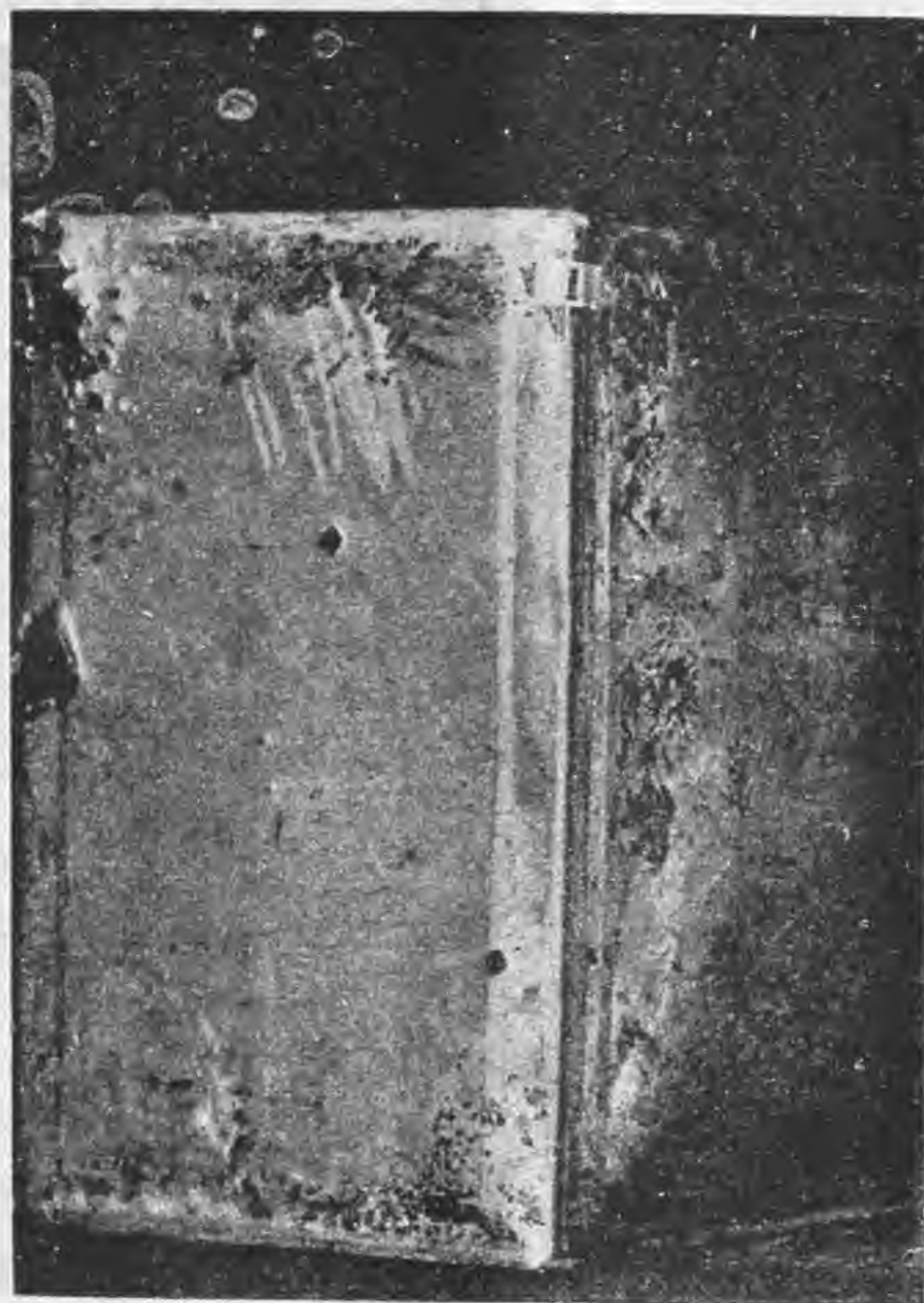
colpite dal proiettile di mm. 10.35 a 100 m.

Nella cassetta vuota, forami piccoli, più o meno regolari secondo l'incidenza del proiettile; nelle altre due: specie in quella ripiena d'acqua, estese lacerazioni con rigonfiamento e sconnessione delle pareti

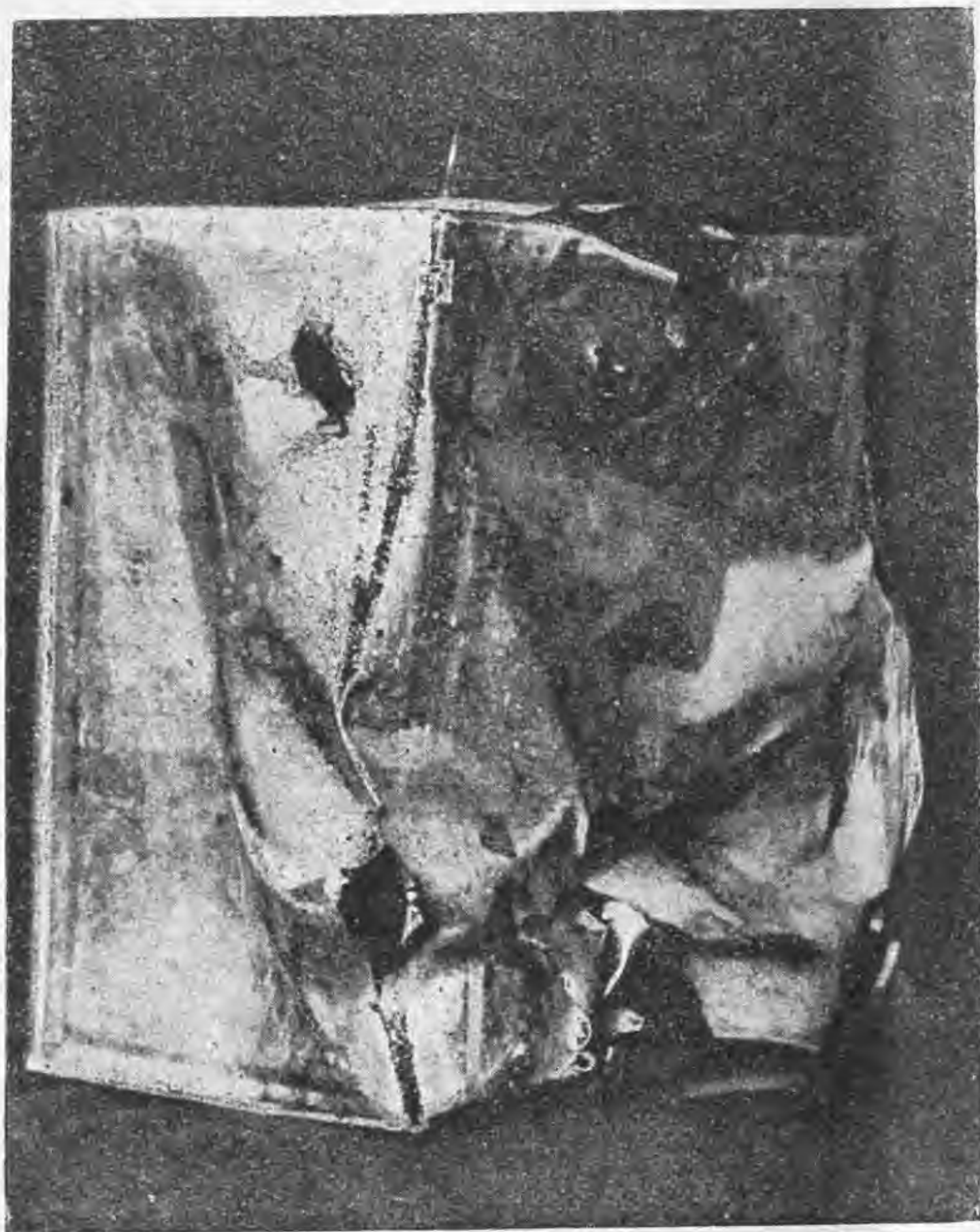
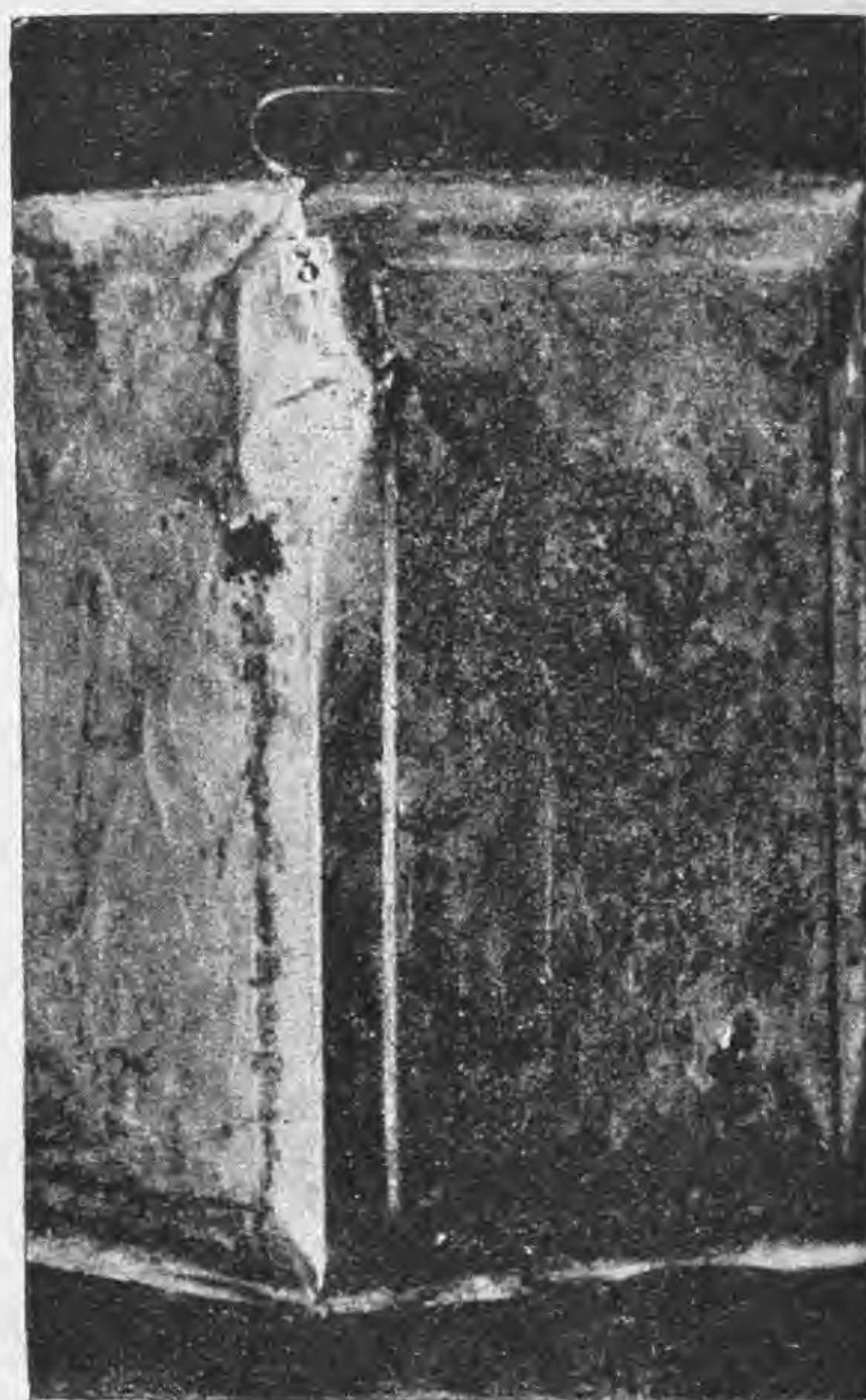
FIG. 2.

A — Cassetta di latta vuota.

B — Cassetta di latta ripiena di segatura di legno umida

C — Cassetta di latta ripiena d'acqua

colpite dal proiettile di mm. 6,5 a 100 m.

Nella cassetta vuota, semplici e piccoli fori; nelle altre due alterazioni analoghe, ma notevolmente meno accentuate che nelle corrispondenti figure precedenti.

FIG. 3.

A — Cassetta di latta ripiena] d'acqua, colpita dal proiettile di mm. 6.5, a 600 m.

B — Cassetta di latta ripiena d'acqua, colpita dal proiettile di mm. 6.5, a 1000 m.

Nella cassetta *A* alterazioni esplosive modicamente pronunziate; nella cassetta *B* effetti esplosivi quasi nulli.

La teoria della *pressione idrostatica* è stata modificata, o, dirò forse meglio, integrata da quella della *pressione idrodinamica* di v. Coler e Schjerning. Secondo questi autori (1) il proiettile cede una gran parte della sua forza viva alle particelle della massa liquida colpita, le quali a causa della incompressibilità e della facile spostabilità dei liquidi, sono messe in movimento, spinte e proiettate in tutti i sensi e specialmente nella direzione del tragitto del proiettile. Nei corpi liquidi e nelle sostanze fortemente imbevute di liquido la forza viva, onde il proiettile è animato, è quasi tutta disponibile per comunicare il suo movimento alle molecole dell'oggetto, le quali così producono effetti *laterali* considerevoli, cioè gli *effetti esplosivi*. La velocità del proiettile, secondo v. Coler e Schjerning, non dev'essere minore di 300 m., e, naturalmente, quanto più essa è grande, tanto maggiore sarà l'energia colla quale le molecole verranno spinte e proiettate.

(1) V. COLER und SCHJERNING. *Ueber die Wirkung und Kriegs-chirurgische Bedeutung der neuen Hand-feuerwaffen*. Med. Abth. des preuss. Kriegs-Ministerium. Berl., 1894.

Colla ipotesi della *pressione idrodinamica* si conciliano bene taluni fatti ed osservazioni, che mal si spiegherebbero colla semplice teoria della *pressione idrostatica*. Si spiega, ad esempio, come i fenomeni di scoppio si determinino anche quando il vaso riempito di liquido è aperto; come i fenomeni stessi sieno più accentuati nella direzione del proiettile, che nelle altre direzioni, cosicchè i guasti maggiori si verificano verso il foro di uscita; come il vaso in cui è contenuto il liquido, possa acquistare un'ampiezza assai maggiore del volume del proiettile, che l'ha colpito. E poi, oltre le esperienze di Bircher (1), le fotografie cinematografiche di Krans e Koch, e le fotografie istantanee del proiettile in corsa, di Kransfelder e di altri (2) pare abbiano provato, contrariamente al noto disegno schematico del Reger, che il proiettile perfora la parete opposta del vaso prima che gli effetti esplosivi vi si manifestino.

(1) BIRCHER. *Neue Untersuchungen über die Wirkung der Hand-feuerwaffen*. Aarau, 1897.
(2) V. RIEDINGER. Loc. cit.

Il Kocher (1) per dar ragione degli effetti di scoppio da lui osservati nei suoi numerosi esperimenti, anche sui corpi solidi ed asciutti, ammette una *pressione* ed *esplosione secca*, a complemento della teoria della *pressione idrostatica*. Essa sarebbe dovuta ad un tempo di arresto che il proiettile, dotato di una grande velocità, subirebbe in determinate condizioni fisiche del bersaglio.

Dopo ciò, non mi fermo sulle tante altre teorie, che ho enumerate di sopra, osservo soltanto come gli effetti esplosivi rappresentino un fenomeno troppo complesso per potersi spiegare con una sola ed unica ipotesi. Ad ogni modo, senza disconoscere la maggiore o minore influenza che vi esercitano, il volume e la forma del proiettile, la velocità di rotazione ond'esso è animato, la direzione del colpo, è certo che i due fattori essenziali del fenomeno esplosivo sono costituiti dalla *velocità di traslazione* del proiettile, la quale dev'essere assai elevata — 300-400 m. — e *dagli speciali caratteri fisici* del bersaglio.

La *velocità di traslazione* deficiente spiega come i fenomeni di scoppio sieno mancati colle armi antiche.

***

Prima dell'adozione dei fucili di piccolo calibro, si distinsero quattro *zone* della traiettoria che il proiettile percorre, le quali furono diversamente denominate, secondochè si tenne conto delle distanze, ossia della velocità e della forza viva della pallottola, oppure del carattere predominante delle lesioni.

Taluni considerando esclusivamente l'azione dei proiettili di piccolo calibro, fondono in una la seconda e la terza zona, perchè realmente, nelle due zone intermedie le lesioni non presentano caratteri distintivi ben netti. Altri, più radicali, vorrebbero addirittura abolita la classificazione delle lesioni secondo i vari tratti della traiettoria (v. Coler e Schjerning, Kocher, ecc.). Noi seguiremo la ripartizione in quattro zone, avendo cura di far rilevare, per ciascuna zona, la differenza fra le ferite prodotte dalle armi prima in uso, e quelle cagionate dalle armi attuali.

(1) KOCHER. *Ueber Schusswunden. Die Wirkungsweise der moderner Kleingewehr-Geschosse*. Leipzig, 1870.
ID. *Zur Lehre von den Schusswunden durch Kleinkalibergeschosse*. Cassel, 1895.

1. *Zona dell'azione esplosiva o dei colpi vicini.* — Una *ferita esplosiva* tipica può rassomigliarsi a quella che sarebbe prodotta da un proiettile cavo, ripieno di sostanze esplodenti. Il foro d'entrata è, d'ordinario, piccolo ed a contorni netti, eccezionalmente più largo della sezione trasversale del proiettile, e frastagliato; segue un canale o, meglio, una vasta cavità irregolarmente conica, colla base verso l'orifizio di uscita e colle pareti formate da tessuti più o meno spappolati; ed infine l'orifizio di uscita, ampio sei-otto volte più del calibro del proiettile, è rappresentato assai spesso da una vasta lacerazione irregolare, con lembi arrovesciati in fuori, e dalla quale fa sporgenza una massa informe, composta di poltiglia muscolare e di tendini, aponeurosi, vasi e nervi tagliuzzati, e, se un osso è stato colpito, anche di sabbia ossea e di piccole schegge libere; talvolta brandelli di tessuti sono proiettati alla distanza di più metri, specie dalla parte dell'orificio di uscita.

Gli effetti esplosivi si verificano nel corpo umano, così come nei corpi inanimati, sotto determinate condizioni, attinenti, da una parte, alla costituzione ed ai caratteri fisici dei tessuti ed organi colpiti, e dall'altra, alle qualità fisico-dinamiche del proiettile. Così, più grosso è il calibro del proiettile, più il proiettile è deformabile e maggiore è la velocità onde è animato, e più estesi e gravi saranno gli effetti esplosivi. E, quanto alle parti colpite, più nella loro costituzione entrano sostanze incompressibili o poco compressibili, ossia i liquidi, più resistente e meno elastico è l'involucro che le racchiude, e più saranno atte a risentire l'azione esplosiva.

La facilità di produzione e l'intensità dei fenomeni di scoppio variano secondo questi fattori, e secondo il maggiore o minore contributo di ciascuno di essi.

Deriva da tutto ciò che il proiettile *incamiciato* e di piccolo calibro, appunto per il minor volume e la minore deformabilità, deve produrre, date le altre condizioni eguali, effetti esplosivi, come ho dianzi accennato, più limitati e meno gravi di quelli delle pallottole del fucile di medio calibro. Questo è ormai posto fuori dubbio non solo dagli esperimenti, ma altresì dalla gran copia di osservazioni fatte nelle guerre, compresa specialmente la guerra russo-giapponese. Forse, a causa della maggiore velocità onde è animato, il piccolo calibro è capace di far sentire l'azione esplosiva a maggiore distanza del medio calibro, ma l'intensità degli effetti è sempre notevolmente minore.

Passiamo ora in rapida rassegna i fenomeni esplosivi nelle varie parti del corpo.

Nel cranio l'azione esplosiva produce delle alterazioni, che si possono dire tipiche. Se si confrontano due crani (V. le due figure seguenti), l'uno col suo contenuto normale, il cervello, e l'altro vuoto, e sui quali si sia sparato collo stesso fucile, colla stessa cartuccia ed alla medesima distanza, si vedranno nel cranio vuoto orifici di entrata piccoli, regolari, non contornati da scheggiamenti, ma solo talvolta, e specialmente il forame di uscita, da qualche breve fenditura; nel cranio pieno del suo contenuto normale si vedranno invece i più gravi fenomeni di scoppio: la calotta cranica in gran parte ridotta in frantumi ed asportata attraverso vaste lacerazioni dei comuni integumenti; scheggiamenti e fenditure più o meno grandi ed in tutti i sensi contornano la enorme breccia ossea; la sostanza cerebrale spappolata ed in grossi brandelli proiettata a distanza.

Nella *diafisi* del femore e di tutte le ossa tubulari l'azione esplosiva si esplica con un'estrema comminuzione dell'osso colpito, il quale è ridotto in una innumerevole quantità di piccoli frammenti proiettati nelle parti molli e spinti al di fuori: è un vero scoppio del cilindro osseo. I due frammenti principali presentano delle fessure sovente estese a tutta la diafisi, e sono denudati di periostio per un tratto più o meno lungo.

L'estensione dei focolari di frattura, derivanti dall'azione dei proiettili di piccolo calibro è minore notevolmente, che coi proiettili di medio calibro. È però sempre considerevole: 8 a 12 cm. per l'omero e per la tibia; 5 a 6 per il radio, il cubito ed il perone; 10 a 15 per il femore. Il tessuto midollare è spappolato, spinto fuori del focolare di frattura, ed il canale dei due frammenti principali è svuotato talvolta in una considerevole estensione.

Nelle figure seguenti (radiografie riprodotte in fototipografia - anno 1899-900-) sono rappresentati gli effetti esplosivi diafisari del proiettile Vetterli italiano di mm. 10.35 e del proiettile italiano 1891, di mm. 6.5.

FIG. 4.

A *B*

A — Cranio *vuoto*, colpito dal proiettile del fucile italiano di 6.5 mm. in diversi punti ed a diverse distanze (50, 100-200 m.) Forami di uscita: alcuni piccoli ed abbastanza regolari; altri più ampi, irregolari, dentellati, ed alcuni contornati da qualche fenditura.

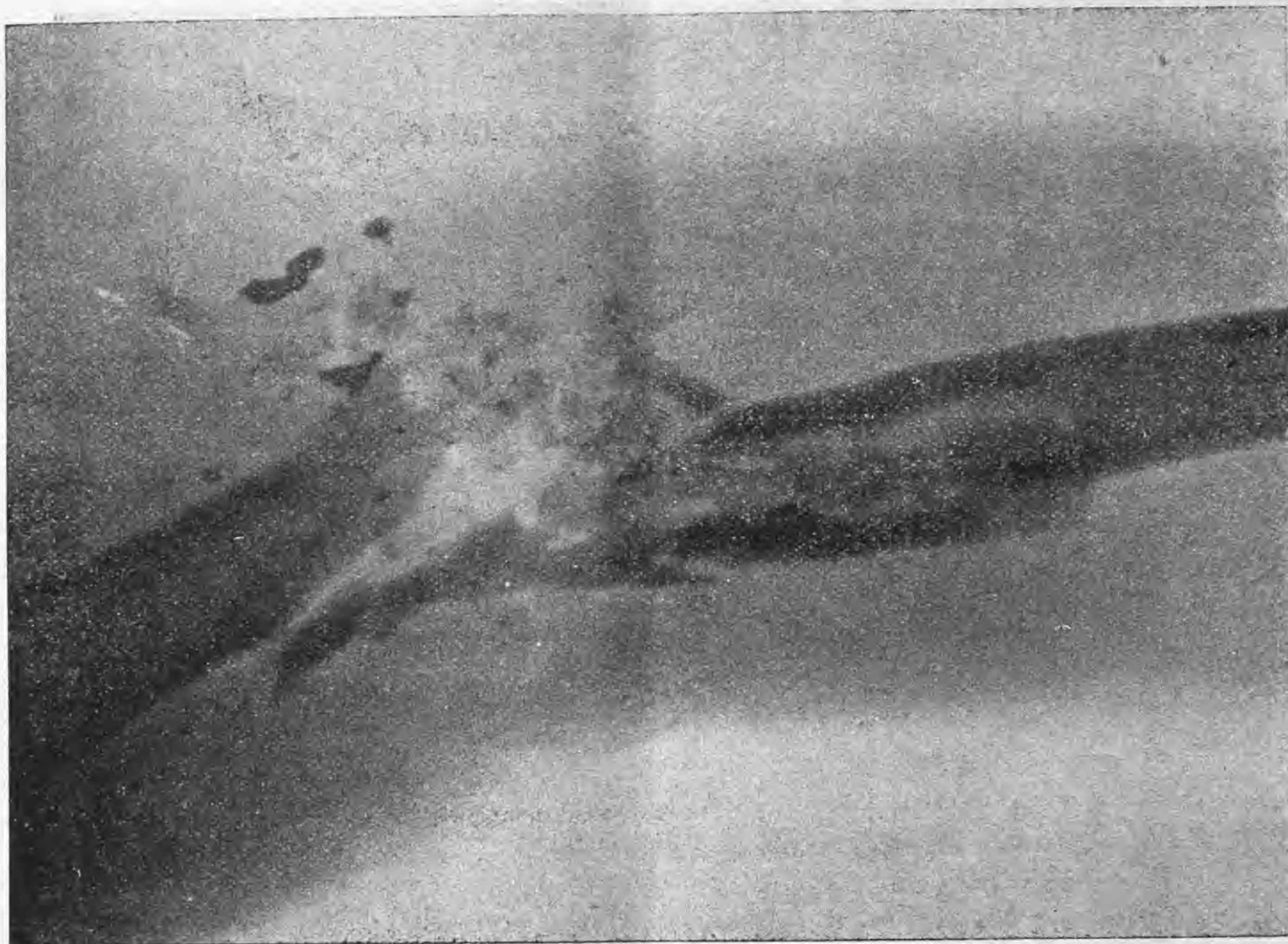
B — Cranio *pieno di sostanza cerebrale*, colpito dal proiettile del fucile italiano di 6.5 mm. in corrispondenza della sutura fronto-ptero-parietale sinistra (distanza 100 m.) Effetti di scoppio principalmente nella regione frontale ed in quella parietale del lato opposto e nelle ossa della faccia.

Si notò la fuoriuscita a brandelli di parte della sostanza cerebrale, e lo spappolamento della parte rimasta in sito.

FIG. 5.

A

A — Frattura comminutiva nella metà superiore della diafisi del femore, prodotta dal proiettile di mm. 6.5 a 200 m. Focolare di frattura esteso per circa 10 cm.

FIG. 6.

B

B — Frattura comminutiva nella metà superiore dell'omero, prodotta dal proiettile di mm. 10.35 e 200 m. Focolare di frattura lungo circa 10 cm.

FIG. 7.

C

C — Frattura comminutiva nel terzo medio dell'omero, prodotta dal proiettile di mm. 6,5 a 200 m. Focolare di frattura esteso per circa 8 cm.

Le lesioni delle parti molli, che accompagnano le fratture esplosive diafisarie, hanno un aspetto di molto minor gravità in confronto dell'aspetto, che assumevano coi proiettili di medio calibro, Chassepot, Dreyse, Vetterli, ecc. Il forame d'entrata ed il tragitto della ferita sino all'osso non presentano caratteri molto differenti da quelli che avrebbero se la lesione fosse limitata alle sole parti molli, eccettuati i casi nei quali l'osso è tutt'affatto superficiale, come, per es., la cresta e la faccia interna della tibia. A partire dall'osso, il tragitto della ferita delle parti molli è slargato, irregolare: è una vera escavazione riempita di poltiglia muscolare mista a sangue ed a schegge e polvere ossea.

Le dimensioni di questo focolare di distruzione variano secondo le distanze e secondo la regione colpita. In massima, colle armi moderne di piccolo calibro, anche alle più brevi distanze, il focolare di distruzione è molto ridotto; nè si osservano quelle grandi lacerazioni di grossi vasi e di tronchi nervosi che si avevano prima; la qual cosa ha notevole importanza per il pronostico e per la cura. I forami di uscita hanno certamente dimensioni maggiori di quelle degli orifici di uscita nei colpi da fuoco delle sole parti molli; ma, se fra il focolare di frattura e la pelle è interposto uno strato di tessuti molli abbastanza spesso, l'orificio di uscita conserverà dei caratteri di relativa regolarità e di semplicità, i quali risalteranno tanto maggiormente, se si comparano cogli enormi orifici *beanti*, che si avevano nelle fratture diafisarie alle brevi distanze, per effetto dello Chassepot e del Vetterli. Se poi l'osso è quasi sottocutaneo, come la faccia interna della tibia, le schegge proiettate incontrano subito la pelle e la lacerano producendo un forame di uscita ampio, irregolare a lembi più o meno grandi, circondato spesso da fori secondari, prodotti direttamente dalle stesse schegge.

Gli effetti esplosivi nelle ossa lunghe vanno gradatamente diminuendo d'intensità a misura che dal centro della diafisi si procede verso l'epifisi: nella parte *metafisaria* dell'osso si possono avere, bensì, in ragione della velocità del proiettile, fori e tragitti contornati più o meno da scheggiamenti e da fessure ed anche, soluzioni di continuità dell'osso, non già estese fratture comminutive con schegge piccole, proiettate, in distanza.

Nelle epifisi, come, in generale, in tutte le ossa spugnose, i moderni proiettili producono effetti esplosivi assai limitati e solo alle brevissime distanze. Oltre i 150 m. si hanno forami e tramiti netti e regolari, di rado a contorni frastagliati e con qualche fessura. Parimente, nelle ossa piatte, escluse quelle della scatola cranica, si vedono, di solito, perforazioni tipiche, di forma circolare od ellittica, a contorni netti, o con piccoli scheggiamenti. Solo nei colpi tangenziali e di rimbalzo possonsi verificare su queste ossa, a tutte le distanze, lesioni irregolari per forma e per dimensioni, e complicate con scheggiamenti e fenditure.

Quanto ai *tessuti molli*, l'azione esplosiva si rivela, ma molto limitatamente, specie con i proiettili moderni, nelle masse muscolari rivestite e come incapsulate da robuste fasce aponeurotiche. Anche le grosse zolle adipose incapsulate subiscono più o meno l'azione esplosiva.

I *visceri* sono variamente disposti agli effetti esplosivi. Quelli nella cui costituzione entrano, in quantità prevalente, elementi liquidi involti in una membrana poco elastica e molto resistente, sono i più disposti a presentare i disordini di scoppio. Invece, questi disordini non si verificano in quei tessuti ed organi, che sono molto compressibili ed elastici. Così, il cuore in diastole, la vescica piena, lo stomaco e l'intestino col loro contenuto liquido o semi-liquido, il fegato, la milza, i reni, sono più o meno soggetti all'azione esplosiva; il polmone ne è immune anche alle brevissime distanze.

Nei visceri *cavi*, anche coi proiettili di piccolo calibro, si osservano, alle brevi distanze, fenomeni di scoppio — ampie perforazioni irregolari, fenditure e lacerazioni — più o meno accentuati a seconda del grado di pienezza del viscere, e delle qualità del contenuto. Negli organi *parenchimatosi* si hanno più o meno estesi spappolamenti, con proiezione in distanza anche di brandelli del parenchima. Specialmente nel fegato i guasti possono essere spaventevoli: forame di entrata ampio, con lunghe fenditure raggiate; tragitto rappresentato da un enorme cratere ripieno di poltiglia epatica; ferita di uscita ancora più vasta e più irregolare di quella d'entrata, con lacerazioni, lembi estroflessi e profonde fessure (1).

Il limite estremo della zona esplosiva non si può determinare esattamente: varia assai secondo i diversi tessuti ed organi, e la loro varia resistenza all'agente vulnerante, attinente allo stato

(1) V. I. L. REVERDIN. *Leçons de chirurgie de guerre.* Genève, 1910.

fisiologico, in cui si trovano al momento del colpo, ed anche alle differenze individuali di volume, di spessezza, di consistenza, ecc.

La scatola del cranio risente l'azione esplosiva anche al di là di 700-800 m.; vengono poi le ossa tubulari e gli altri organi su enumerati. In media si può calcolare che, per i proiettili di piccolo calibro, la zona esplosiva si estenda sino oltre 500 m.

2. *Zona delle perforazioni nette o dei colpi alle medie distanze.* — Fu detta anche zona delle *ferite a stampo*, perchè le ferite delle parti molli sono caratterizzate da una perdita di sostanza proporzionata alle dimensioni del proiettile, il quale asporta nettamente le parti che percuote, vincendo il loro indice di resistenza, senza produrre effetti lontani.

Le ferite hanno l'aspetto di canali rettilinei con pareti regolari. Gli orifici di entrata e di uscita sono, generalmente, stretti, ben delimitati senza contusione e senza sfrangiature nei contorni: l'orificio di entrata sembra prodotto da uno *stampo* tagliente.

Le ossa spugnose sono attraversate da canali regolari, netti, senza scheggiamenti o con piccole e scarse schegge e fenditure; così pure le ossa piatte. Le ossa lunghe, nella loro diafisi, presentano ancora fratture comminutive, le quali, stante l'elevata forza viva del proiettile, avvengono per *perforazione* non semplicemente per *contatto*, secondo la classificazione del Delorme (1). Non sono quindi fratture a grandi schegge, avvicinantisi più o meno alla forma tipica ad X; invece si presentano con schegge numerose e piccole, accompagnate da fessure in vario senso. Tuttavia, molte schegge sono ancora aderenti al periostio; e talvolta si hanno anche fratture oblique. In ogni caso, le lesioni ossee anche diafisarie sono, in questa zona, accompagnate da limitata offesa dei tessuti circostanti e da fori cutanei piccoli e poco o punto laceri e contusi. Non è rara la presenza di corpi estranei in grembo alla ferita sotto forma di piccoli frammenti del *nucleo* o del *mantello* del proiettile, o, più spesso, sotto forma di piccoli ritagli o di filamenti di stoffe vestimentarie, facili apportatori di germi infettivi.

Le ferite dei *visceri* in questa zona sono costituite da perforazioni e da tragitti netti, regolari, con un *alone* di contusione limitato, e più spesso nullo, attorno al tramite della ferita. Negli organi parenchimali del ventre il tragitto è imbutiforme colla base al forame di uscita; gli orifici sono spesso contornati da fessure a raggi.

(1) DELORME. *Traité de Chirurgie de guerre.* Paris, 1888-893.

La seconda zona per i proiettili di medio calibro si estendeva sino a 1000 metri circa; per quelli di piccolo calibro va sino al di là di 1500 metri.

3. *Zona delle ferite lacere o delle grandi distanze.* — I proiettili antichi, in questa sezione della loro traiettoria, producevano lesioni con caratteri di maggiore gravità che nella zona precedente. A causa della notevole attenuazione della forza viva e della forza di penetrazione, il proiettile non poteva vincere tutte le resistenze che incontrava, così come alle minori distanze; quindi, non perdite nette di sostanza; non ferite a *stampo*, ma ferite lacere nelle parti molli, scheggiamenti e fenditure nelle ossa. Il forame d'entrata era relativamente ampio con margini contusi e frastagliati; il forame di uscita irregolare, con margini rovesciati in fuori, talora più piccolo del foro di entrata, e spesso a forma di fenditura raggiata senza perdita di sostanza; il canale della ferita, in generale, più ampio del calibro del proiettile, imbutiforme, con pareti lacere e contuse. Le ossa compatte presentavano perforazioni con scheggiamenti e con fessure, oppure fratture con grandi schegge aderenti e talvolta anche staccate e dislocate. Spesso il proiettile si deformava contro la resistenza di un osso, di un grosso tendine, di una robusta aponeurosi, e deviava producendo canali tortuosi ed anche a fondo cieco.

Ben diversi sono i caratteri delle ferite cagionate in questa zona, dai proiettili di piccolo calibro. Le pareti dei tragitti ed i contorni degli orifici non sono laceri e contusi, ma netti, regolari come nella seconda zona. Fu soltanto osservata una maggiore strettezza degli orifici cutanei, massime di quelli di entrata, e dei tramiti; la qual cosa starebbe a provare la prevalenza, alle grandi distanze delle *perforazioni cuneiformi* del Kocher.

Nelle *diafisi* delle ossa lunghe si hanno bensì fratture comminutive; ma le schegge sono poco numerose, grosse, aderenti al periostio, ed i focolari di frattura sono molto limitati in estensione. Si tratta, per lo più, delle fratture *poco comminute* del Delorme: si possono incontrare anche fratture *per contatto*, colle note varietà *tipiche* di queste fratture. Nelle ossa *spugnose* e nelle ossa *piatte* prevalgono le perforazioni nette su quelle

contornate da fenditure e da piccoli scheggiamenti. Nei *visceri* si osservano ancora perforazioni e tragitti più o meno regolari e stretti, secondo l'incidenza del proiettile, e la distanza. Negli organi *parenchimali* il forame di uscita è notevolmente più largo e più a forma raggiata di quello d'entrata. In determinate circostanze si hanno pure perforazioni incomplete.

La somiglianza di aspetto e di caratteri, specie delle ferite delle parti molli e delle lesioni delle ossa spugnose e piatte, nella seconda e nella terza zona, ha indotto taluni autori, come accennai già, a fondere insieme, per i proiettili di piccolo calibro, le due zone intermedie.

La terza zona, colle armi di medio calibro, si estendeva sino a circa 1300 metri; ora si calcola possa prolungarsi sino a 2200-2400 metri.

4. *Zona delle contusioni o delle distanze dell'artiglieria.* — Fu detta dal Wahl *zona della forza morente del proiettile*; ed, infatti, sarebbe la zona delle così dette *palle morte*, le quali conservano soltanto il movimento di rotazione, avendo perduto quasi del tutto la velocità di traslazione. Non avverrebbero quindi in questa zona che lesioni sottocutanee — contusioni, commozioni, ecc. — non già ferite aperte.

È giusto però pensare che i proiettili delle armi moderne possiedano ancora, in quest'ultimo tratto della loro traiettoria, un residuo di forza di penetrazione tale da produrre ferite contuse, arresto ed incuneamento del proiettile nelle ossa, canali a fondo cieco e più o meno tortuosi: ciò è più conforme ai caratteri fisico-dinamici degli attuali proiettili.

I proiettili di piccolo calibro cagionano, ben s'intende, in questa zona della loro traiettoria, lesioni più lievi di quelle prodotte dalle antiche armi.

Saranno sempre gravissime le lesioni che possono derivare dai grossi proiettili di artiglieria al termine della loro corsa.

La quarta zona, colle moderme armi da fuoco portatili, si estende sino oltre i 4000 metri.

Roma, dicembre 1912.

Seguirà in un prossimo numero una sommaria rassegna delle lesioni nei varî tessuti ed organi.

Pubblicheremo prossimamente:

G. DE LILLO. Il radium nelle sue nuove applicazioni terapeutiche.

C. BRUNETTI. Le cisti e i tumori del mesentere.

MARIOTTI. Il tifo a Roma.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla cura incruenta dei tumori maligni.

(*Continuazione; vedi fasc. precedente*).

L'ARSENICO.

Fu questo uno dei rimedi più anticamente usati per la distruzione locale delle neoplasie maligne.

Ebbe molta voga un tempo la *polvere di frate Cosimo* (*le frère Cosme*, Giovanni Baseillac, chirurgo francese, visse dal 1703 al 1781). Essa risultava di anidride arseniosa 1 parte, cinabro 5 parti e spugna calcinata 2 parti; al momento di servirsene vi s'incorporava un po' d'acqua; ne risultava una *pasta* che veniva distesa, mediante una spatola sulla lesione, ripulita prima delle croste e delle vegetazioni e detersa. Se ne formava uno strato spesso al più 3 mm. circa, che si faceva debordare leggermente sui tessuti sani circostanti. Si ricopriva in modo da impedire che il caustico si spandesse sulle regioni vicine (per le piccole lesioni si usava la tela di ragno!) e si fasciava. Il trattamento veniva poi rinnovato più volte.

La polvere di frate Cosimo venne modificata nell'intento di migliorarla: ad esempio Manec ne alterò leggermente i rapporti (1 : 3 : 6).

Malgrado i buoni risultati che se ne ottenevano, si fu costretti ad abbandonare quelle miscele ricche di anidride arseniosa, perchè provocavano infiammazioni troppo vivaci e dolorose e perchè si temeva di andare incontro a pericoli di avvelenamento. Di recente però sono state riprese da Staudenmayer e da Zeller, come vedremo.

Si è ricorso anche ad altre applicazioni locali più blande dell'anidride arseniosa.

Menzioniamo la polvere di Dupuytren (1-2 parti su 98-99 di calomelano), la polvere di Rousselet, la pomata di Hebra, ecc.

Pochi anni or sono Czerny e Trunecek proposero una *soluzione arsenicale* che è molto pratica. Si allestisce con una parte di anidride arseniosa su 150, di una mescolanza, a parti eguali, di acqua distillata e di alcool a 90 gradi.

Con essa si spennella ogni giorno od ogni due giorni la superficie cruentata o cauterizzata dei neoplasmi superficiali. Ne nasce una crosta, che viene distaccata dopo qualche giorno, non appena è divenuta mobile. Resta una superficie marmorizzata di grigio e di rosso.

Lo spessore dell'escara sembra essere in rapporto con con la tenacia e la vitalità degli ele-

menti cancerosi: per questo motivo allorchè si forma un'escara spessa, conviene di rendere più concentrata la soluzione arsenicale, fino a raggiungere il rapporto di 1:100 o di 1:80.

Si ripete il trattamento finchè il neoplasma non sia interamente distrutto e non apparisca sul fondo una superficie bianchiccia e granulante.

Anche questo trattamento è doloroso; ma si può renderlo tollerabile mercè l'aggiunta di ortoformio. — Contro i cancroidi cutanei Abelous raccomanda la formola seguente: anidride arseniosa cg. 10, ortoformio g 1, alcool e acqua distillata ana gm. 7.5; per lozioni.

Una speciale menzione meritano anche, per la cura dei cancroidi cutanei, gli empiastri adesivi arsenicali (per es. l'Arsenpflestarmull di Unna, che si può ottenere confezionato in tre varie concentrazioni).

Dunque l'anidride arseniosa è stata largamente adoperata per la cura distruttiva locale del cancro. Essa merita ancora tutta la nostra fiducia.

***

Si è tentato l'uso di altri composti arsenicali ad azione necrotizzante, come il *trisolfuro d'arsenico* e il *salvarsan*, per la distruzione locale dei tumori maligni; ma non se ne sono ottenuti vantaggi apprezzabili. Czerny si ripromette migliori benefizi dal *neosalvarsan*, il quale presenterebbe il vantaggio di essere solubile e di poter compenetrare i tessuti.

Gli elementi cancerosi risentono più fortemente di quelli normali l'azione necrotizzante dell'arsenico. Questo fatto era già stato riconosciuto, or è molto tempo, da Hebra — il quale fece largo uso delle cure arsenicali distruttive.

V'è anche di più. L'arsenico manifesta per quegli elementi una speciale affinità. Negli ultimi anni Sticker, Blumenthal, Podwyssotsky, hanno fornito alcune prove attendibili su questo oncotropismo dei composti arsenicali.

Suggestive in tal senso sono anche le ricerche di Gaylord, il quale ha fatto sparire dei carcinomi della tiroide nei salmonidi facendo vivere questi pesci in una soluzione oltremodo diluita di anidride arsenicica, incapace di esercitare qualsiasi azione cauterizzante.

L'azione elettiva dell'arsenico — speciale se non specifica — sui tessuti cancerosi potrebbe spiegarci i buoni effetti, più volte segnalati, che le cure arsenicali interne sono in grado esercitare sullo stato di salute dei malati di cancro e sull' andamento della lesione. Era stato supposto invece che intervenisse l' efficacia ricostituente generale dell'arsenico.

Moltissimi rimedi arsenicali sono stati raccomandati per via interna ai cancerosi: l'*acqua di Levico*, l'*anidride arseniosa* (il celebre rimedio anticancroso di Lefèvre consisteva di anidride arseniosa 20 cg. in 1 l. d'acqua distillata: un cucchiaio al giorno), l'*arsenito di sodio*, il *liquore di Fowler* e tutti i rimedi arsenicali nuovi, *cacodilati*, *arrenal*, *atoxyl*, *salvarsan*, *arsenico colloidale*, ecc., per via orale, ipodermica, intramuscolare, endovenosa.

Dobbiamo riconoscere che non hanno condotto ad esiti brillanti: il salvarsan, a titolo di esempio, avrebbe dato alcuni buoni risultati in specie nella cura dei sarcomi; ma talvolta avrebbe anche attivata l'evoluzione della malattia.

***

Tutto considerato, l'oncotropismo dell'arsenico sembra fuori dubbio; ma *si può fare affidamento solo sull'azione distruttiva locale* di questo prezioso rimedio.

ALTRI METALLOIDI.

All'arsenico si avvicinano in qualità di caustici e necrotizzanti il *selenio* e il *tellurio*.

Questi elementi furono sperimentati da A. Wassermann in collaborazione con M. Wassermann e Keysser. Egli fu condotto ad applicarli alla cura del cancro nel corso di alcune ricerche da lui dirette, tendenti a stabilire quanto tempo sopravvivessero le cellule del cancro nel siero d'individui normali e nel siero d'individui cancerosi.

All'uopo egli faceva utilizzare la nota reazione di Gosio, consistente nella riduzione dei seleniti e dei telluriti operata da tutti gli elementi cellulari vivi. Questa reazione era già stata applicata dal Gosio per accertare gl'inquinamenti batterici.

Con sorpresa Wassermann notò che i sali adoperati si fissavano sulle cellule del cancro e non sulle cellule normali. Pensò quindi che si potessero utilizzare per la cura del cancro nel senso chemoterapico di Ehrlich.

In collaborazione con M. Wassermann e Keysser, egli praticò dapprima delle iniezioni endoneoplastiche, le quali provocavano necrosi e fusione dei tessuti cancerosi; ma quest'azione locale si dimostrava insufficiente, perchè troppo irregolare; ad essa si sottraevano le metastasi e l' infiltrazione peritumorale.

Egli confidò di poter estendere l'azione elettiva a tutti i tessuti neoformati, avvalendosi della via interna. Ma le iniezioni endovenose non portarono ad alcun risultato, perchè i composti adoperati si mostravano molto tossici per tutti i tessuti, mentre erano poco diffusivi e penetravano male nell'interno del tumore.

Pensò di ovviare a questo inconveniente associando i composti di selenio e di tellurio con altre sostanze, le quali avrebbero dovuto, secondo le concezioni di Ehrlich, comportarsi in qualche modo da guide o rotaie.

Scelse i colori del gruppo delle fluoresceine, perchè in esperienze compiute quindici anni prima aveva dimostrato il forte potere diffusivo di queste sostanze, le quali sono in grado di colorare persino i tessuti meno vascolarizzati, come sono i carcinomi dei topi.

Si trattava di trovare una sostanza colorante del gruppo, la quale fosse in grado di aderire ad un sale di selenio o di tellurio. Diffondendo nell'interno del blastoma, essa vi avrebbe portato l'elemento chimico attivo, e questo, in causa del suo oncotropismo, avrebbe esercitata la sua azione curativa sulle cellule del blastoma.

Le sostanze in grado di comportarsi in questo modo sono state dette *citotrochine*.

Dopo moltissime prove, compiute con centinaia di sostanze coloranti, Wassermann e i suoi collaboratori riuscirono (verso la fine del 1911) ad ottenere, con un processo di cui non hanno fatto conoscere la tecnica, un'associazione del selenio con l'eosina (*selenio-eosina*) la quale rispondeva ai requisiti desiderati.

Questo prodotto è facilmente solubile in acqua. Iniettato nel sistema circolatorio di topi blastomatosi, rende dapprima questi animali intensamente rosei; ma un po' alla volta l'eosina ed il selenio si concentrano e si localizzano nel tumore. Dopo alcune iniezioni (di 2.5 mg. per topi di 15 gr.) si determina l'oncolisi ed il tumore si trasforma in un sacco molle, fluttuante; poi avviene il riassorbimento.

Il meccanismo d'azione fu precisato da v. Hansemann, il quale riconobbe che il selenio è ridotto e si depone di preferenza intorno al nucleo. Questo nucleotropismo si deve probabilmente all'attività propria del nucleo, il quale cade subito in picnosi e si dissolve; in seguito anche la cellula si disgrega. Il detrito si riassorbe senza lasciare residui, salvo la cisti fibrosa che avvolgeva il tumore.

Fu quello il primo esempio assodato di chemoterapia diretta contro i tumori maligni (1); per altro viene ancora messo in dubbio da alcuni sperimentatori.

I risultati conseguiti non furono troppo incoraggianti, in causa della ristretta zona maneggevole del composto e dell'auto-intossicazione acutissima che può ingenerare, per il riassorbimento dei prodotti di disgregazione del neoplasma.

Che noi sappiamo, questa terapia non è uscita ancora dal campo sperimentale.

***

Invece che all'eosina Szécsi si è indirizzato ad altri coloranti meglio tollerati, il *nuovo rosso vitale* (vitalneurot), la *pioctanina*, il *bleu di metilene*, ecc., considerandoli non come veicoli del selenio, ma come indicatori dell'avvenuta fissazione sui tessuti neoplasici. Non ha tratto vantaggi notevoli da queste nuove associazioni.

Il selenio è stato utilizzato anche allo stato *colloidale*. Szécsi avrebbe dimostrato che sotto questa forma esso è meno tossico dell'acido selenico e dei suoi sali ed egualmente attivo. Se ne sono fatte larghe applicazioni cliniche.

Il selenio colloidale elettrico od *elettro-selenio* si trova già in commercio, entro ampolle di 5 cmc. ciascuna, contenenti 1 mg. di selenio metalloidico. Se ne iniettano da ½-1 a 6 (cioè fino a 30 cmc.), per via endovenosa, ogni 2 giorni, senza correre alcun pericolo. Ne hanno registrato effetti favorevoli Blumenthal, Bougeat e Gaillot, Cade e Girard, Trinckler, ecc.

L'elettro-selenio provoca reazione generale e reazione locale; l'una e l'altra vanno riducendosi col susseguirsi delle iniezioni. Alla vivace reazione locale seguono rammollimento, regressione e miglioramento dei caratteri del neoplasma, Notevole è spesso l'ottundimento del dolore. Ma pur troppo i risultati sono incostanti e non si determina mai una vera guarigione: viene solo ad essere ritardato l'esito letale e reso possibile un nuovo intervento operativo.

***

Negl'istituti del Gosio il dott. Grillo ha preferito indirizzarsi, anzichè al selenio, al *tellurio*, del quale egli ha usato il sale sodico in soluzione fisiologica dell'1 %. Ne ha ottenuto buoni risultati sperimentali.

(1) Prima si erano avute alcune prove *in vitro* da parte di Leo Loeb, con cianuro potassico.

Il *vanadio* venne sperimentato da Wassermannu e poi ripreso da Neuberg e Caspari, ma senza conseguirne risultati notevoli.

Nè molto decisi sono i benefizi avutisi dall'uso di un altro metalloide, *l'iodio*.

Veramente Takemura, Sticker, Blumenthal, Podwyssotsky, von der Velden, hanno riconosciuta l'azione oncotropa dell'ioduro sodico; Neuberg e Caspari hanno rilevato che questo rimedio, solo od in combinazione con sostanze per sè inattive, è in grado di arrestare o ritardare lo sviluppo dei tumori e di determinare il riassorbimento dei residui di tumori; Bagge ha ottenuto buoni risultati associando alla radioteapia la somministrazione di ioduro sodico; Czerny ritiene utili le cure iodiche per via interna, come sussidiarie di altre cure; Ulmann sommininistra la tintira di iodio (5-6 gocce in acqua *pro die*); localmente Theilhaber utilizza la tintura di iodio a scopo terapeutico nelle neoplasie e come profilattico delle recidive sul tessuto cicatriziale, e Di Monte si è giovato dell'ioduro potassico per la cura dei cancroidi (Ferretti T. ce ne ha comunicati due casi negativi). Interessa, infine, notare che Gaylord ha applicato con successo una diluitissima soluzione di Lugol, per la cura dei tumori maligni dei salmonidi.

Malgrado tutto però l'azione dell'iodio è troppo malfida ed incerta.

Accenniamo di fuga ancora ai tentativi compiuti col *cromo* (bicromato potassico: Jenwick), col *cloro* (ad es. con clorina o ipoclorito doppio di sodio e potassio: Becker; clorato potassico: Bergeron), con l'*antimonio* (allo stato colloidale: Neuberg e Caspari), con lo *zolfo* (allo stato colloidale: Izar). Ci occuperemo in seguito del *boro* e del *silicio*.

* * *

Di tutti questi metalloidi *nessuno vale l'arsenico per l'azione distruttiva locale*; *nessuno manifesta un oncotropismo più deciso*. Per ora si rendono utili soltanto associandone l'azione con quella di altri rimedi.

METALLI.

Studiando l'azione curativa del radium sui carcinomi, Neuberg aveva accertato, molti anni or sono, che esso vi determina un sensibile aumento dei processi autolitici, i quali vi sono già molto attivi, oltre che abnomi, e debbono, a suo modo di vedere, considerarsi di natura protettiva.

Egli ne trasse la conseguenza che, attivando in altri modi l'autolisi, si sarebbe ottenuta egualmente un'azione terapeutica.

Per raggiungere questo intento pensò di rivolgersi ai metalli pesanti colloidali, poichè Preti aveva già dimostrato che i sali di piombo accrescono l'autolisi, ciò che venne poi riconosciuto da Hess e Saxl, Laqueur, Ascoli e Izar, sperimentando con derivati colloidali di vari metalli pesanti e dell'arsenico.

In collaborazione con Caspari e poi con Höhe, Neuberg eseguì numerose e pazienti ricerche onde trovare un preparato idoneo, il quale potesse iniettarsi nelle vene senza che coagulare e precipitare le proteine.

Furono saggiate numerose combinazioni.

Poco attive si dimostrarono quelle di *iridio, rutenio, rubidio, rodio, osmio, stagno, piombo, oro*, ma si ebbe un monotropismo evidente dai derivati del *rame*, dello *zinco*, del *platino*, del *cobalto* e dell'*argento*, i quali, iniettati nelle vene di animali portatori di sarcomi o di carcinomi, determinavano rapidamente, talvolta istantaneamente, iperemia intensa ed emorragie interstiziali, cui seguivano rammollimento e mobilizzazione dei tessuti cancerosi.

Secondo Neuberg quei prodotti nell'organismo assumono lo stato di colloidi, ed agiscono come tali.

* * *

Quasi contemporaneamente Gaube de Gers a Parigi sperimentava con successo delle *combinazioni cupriche colloidali*.

Questo autore ha comunicato alla « Société Médicale » una serie di casi guariti con protossido di rame idrato allo stato colloidale. Il prodotto è stato posto in commercio col nome di *cuprase*, in fiale che contengono 5 cmc. di soluzione (con 0.0012 gm. di rame puro). Il contenuto di una fiala viene adoperato per una iniezione intramuscolare; le iniezioni si ripetono ogni 4-8 giorni. Il liquido, vischioso, penetra nei tessuti con molta lentezza. Secondo l'A. le iniezioni intramuscolari sono ben tollerate; ma possono determinare prurito, eritema, dolore.

In Italia ne ha pubblicato un caso favorevole Lombardi-Comiti. — Al Policlinico Umberto I di Roma se ne sono avuti risultati poco incoraggianti (T. Ferretti).

Da Leo Loeb, Mc Clurg e Sweek venne anche provato il *rame colloidale elettrico*.

Gli AA. iniettano, per via endovenosa, fino a 300-400 cmc. al giorno della soluzione colloidale e praticano sino ad una quarantina d'iniezioni. A queste segue intensa reazione locale e generale, che poi si attenua. — Su 8 infermi gravissimi poterono assodare due guarigioni (1).

Il *mercurio* entra come cinabro (solfuro mercurico) nelle formole di Cosimo, di Dubois, di Dupuytren, di Hebra, di Zeller; ma probabilmente esercita un'azione secondaria, coadiuvante quella dell'arsenico. Zeller ha rilevato che i piccoli cancroidi possono guarire con la pomata grigia. La polvere di Plesch era a base di ossido rosso di mercurio.

Il mercurio venne anche usato, quale sublimato corrosivo, in soluzione diluitissima, da Gaylord nelle esperienze già citate.

L'azione necrotizzante dello *zinco* è utilizzata da tempo per la cura del cancro. Ad esempio, erano imbevute di cloruro di zinco le famose « flèches » di Canquoin. Lo zinco è oggi il metallo preferito per la ionizzazione dei tumori cutanei; ma non penetra profondamente.

L'*argento* allo stato colloidale stabilizzato dette esito negativo ad Ascoli e Izar. Come nitrato d'argento venne vantato da Tasso, ma non ha corrisposto menomamente.

Era anche a base di nitrato d'argento il processo Thiersch, che consisteva in iniezioni locali di una soluzione di nitrato d'argento e poi di cloruro sodico (onde trasformare quello in cloruro insolubile, quando aveva compenetrato il tumore).

* * *

Nell'insieme, *i metalli pesanti hanno portato fin'oggi a risultati deboli od incerti.*

Solo sommandone e combinandone l'azione con quella di altri rimedi dimostrano qualche efficacia.

I DERIVATI DELLA LECITINA.

Lo studio del meccanismo con cui agiscono i raggi X e le sostanze radioattive si è dimostrato suscettibile di nuove e interessanti applicazioni.

Infatti Schwartz e Werner, nell'Istituto di Czerny, hanno stabilito che sotto la loro azione dalla lecitina dei tessuti si svolge *colina*. Werner ha pensato che questa sostanza potesse introdursi direttamente nei tessuti neoplasici, per ripetere l'azione dei raggi emananti dall'ampolla di Crooks o dai corpi radioattivi.

Prima ancora Parlavecchio aveva notato dei miglioramenti in seguito all'uso della *neurina*, la quale è un prodotto molto tossico di trasformazione della colina; d'altro canto Adamkiewicz aveva attribuito ad un radicale comune con la colina e la neurina [$N. CH_3)_3$] l'azione terapeutica del suo rimedio, la *cancroina*.

Per la cura del cancro Werner, in collaborazione con Szécsi, usò dapprima la *colina basica*.

Le iniezioni endoneoplasiche con soluzioni al 10-15 % provocavano solo focolai circoscritti di necrosi.

Si ricorse quindi alle iniezioni ipodermiche, intramuscolari, endovenose, nella quantità di $^1/_2$-1-2 gm. di sostanza pura: non oltre, perchè altrimenti insorgono gravi intossicazioni da neurina.

I risultati non erano mai completi, presumibilmente perchè la colina basica è labile e subito si scinde in neurina ed in altri prodotti di scomposizione.

Quindi Werner è stato portato a preparare delle combinazioni di colina conservabili e poco tossiche.

All'uopo egli l'ha combinata con acidi leggeri: l'acido borico, gli acidi nucleinici, ecc. Specialmente attiva si è dimostrata la combinazione neutra con l'acido borico, alla quale egli ha dato il nome di *borocolina*.

Nelle ricerche di Werner e Szécsi la borocolina si comportava biologicamente come i raggi X ed i corpi radioattivi: dopo un periodo di latenza provocava speciali alterazioni del sangue e dei tessuti (per es. modificazioni nel numero e nella proporzione dei leucociti; arrossamento, infiammazione e necrosi della cute; caduta dei peli; sterilizzazione delle glandole sessuali; ecc.).

Come agisce la colina? Non lo sappiamo con esattezza.

Secondo le ricerche di Tshachotin, essa agevola il dislocamento delle molecole dei fosfatidi (si comporterebbe quasi come un fermento). Così si spiegherebbe l'azione tropica da essa esercitata sui tessuti ricchi di lecitina, come lo sono quelli cancerosi o testicolari.

La borocolina è stata largamente provata, iniettando non oltre 25-40 cmc. di una soluzione al 2 % *pro die*, 2-4 volte per settimana. Le iniezioni possono essere perineoplasiche (in questo caso si fa seguire un massaggio energico, altri-

(1) A proposito della cura cuprica dei tumori maligni, non è forse fuori di luogo ricordare che il rame è stato proposto da tempo contro la tubercolosi e che di recente è stato ripreso con buon esito (in forma di electrocuprol, siero cuprico, lecitina cuprica, ecc.).

menti si produrebbe facilmente infiammazione intensa e persino necrosi dei tessuti; s'ingenerano dolori spesso violenti). Possono anche eseguirsi per la via ipodermica a distanza, ovvero per la via endovenosa (in questo caso la sospensione precedente va diluita con 10-15 volte il suo volume di soluzione fisiologica).

Ci troviamo, con ogni probabilità, avviati per uno dei sentieri più promettenti tra quelli dischiusi onde approssimarci alla cura del cancro (1).

Ma queste prove, iniziate e proseguite nell'istituto di Czerny, sono troppo recenti perchè si possa pensare ad estenderle nella pratica corrente.

ALTRE SOSTANZE ORGANICHE.

Per la cura del cancro si è tentato l'uso di un'infinita varietà di sostanze organiche più o meno definite, con intendimenti vari.

Accenniamo ai fermenti organici, come la *tripsina*, della quale si utilizza la forte azione necrotizzante, e l'*amilasi*, alternata o no ad antiamilasi (secondo Odier), per distruggere il glicogeno di cui è ricco il tessuto neoplasico; all'*aldeide formica*, all'*acido acetico*, all'*acetone*, al *jequirity* (applicato da Rampoldi, Cattaneo, Delitala, ecc., in forma di estratto fluido, dischi gelatinosi, unguento, ecc.), alla *resorcina* (in pomata al 50 per cento), alla *cancroina* di Adamkiewicz (trimitilvinilammonio neutralizzato con acido citrico e saturato di fenolo), prodotti i quali esercitano una marcata azione irritante e distruttiva; alle *nucleine* per via interna (inducono iperleucocitosi), ecc.

***

Molto uso è stato fatto dei *prodotti complessi* ottenuti *da germi*. Una speciale menzione meritano le *tossine* del *Coley*: applicate per la cura di sarcomi tondo- e fusocellulari porterebbero al 5 % di guarigioni. L'uso ne va protratto molto a lungo. Interessa notare che spiegano una forte azione ipertermizzante ed iperemizzante.

Ricordiamo inoltre la *cancroidina* od *antimeristema* di O. Schmidt (estratta da un micetozoo che sarebbe l'agente specifico del cancro e dalle spore di *mucor racemosus* che ne sarebbe l'ospite intermedio), i *sieri* ed *estratti* di *Doyen* (dal *micrococcus neoformans*), di *Sanfelice* (dal *saccharomyces neoformans*), la *tubercolina* (corre una semi incompatibilità tra il cancro interno e la tubercolosi, ma i risultati della tubercolinoterapia — provata da Theilhaber, Czerny, ecc. — sono molto dubbi), ecc.

È possibile che l'efficacia curativa sia paragonabile per tutti questi prodotti; ad es., che si risolva nell'azione di componenti comuni; ad ogni modo, quando esiste, è sempre transitoria, spesso effimera.

***

Altri prodotti organici di natura complessa sono stati ottenuti *da elementi cellulari degli organismi superiori*, seguendo criteri svariati e persino addirittura opposti.

Più volte è stata rilevata la partecipazione degli organi a secrezione interna nella oncogenesi e nella oncolisi. Si è dimostrato sperimentalmente, ad esempio, che l'abolizione di uno di tali organi può aumentare la recettività o ridurre l'immunità verso i blastomi (nelle ricerche di Rohdenburg, Bulloch e Johnson si comportava in tal senso l'ablazione della tiroide o del timo). Invece una azione contraria, curativa od inibitrice, sarebbe dovuta agli estratti di organi a secrezione interna.

Da ciò varie prove cliniche di *opoterapia*.

Si è ricorso in specie agli *estratti di tiroide* e *di timo*, ottenendone benefici di vario grado in varie forme di blastomi. Ad esempio Diesing ha usato un estratto alcoolico etereo di tiroide di vitelli o di pecore, sotto il nome di *thyrochrom* (nella dose di due tabloidi, tre volte al giorno) insieme ad applicazioni radiotermoterapiche (impacchi della durata di un'ora). Queste cure sono state raccomandate in specie pei cancri inoperabili e per le recidive.

Menzioniamo inoltre l'*opoterapia splenica* (usata specialmente da Lewin e Meidner, partendo dalla osservazione che la milza è quasi immune dai blastomi e che l'estratto di milza possiede una azione oncolitica sperimentale); quella *ovarica* (usata da Antchislawsky pei fibromiomi uterini, da Theilhaber pei cancri uterini a scopo profilattico dopo l'asportazione); quella *mammaria* (da Meherttsiantz e Federoff pei fibromiomi uterini).

Nell'endocrinoterapia possono anche farsi rientrare l'uso dell'*adrenalina*, dei *fermenti epatici*, ecc.

I tentativi si moltiplicano, con risultati tutt'altro che trascurabili.

(1) Importa notare che, indipendentemente dalle indagini sopra menzionate, la contessa von Linden e Strauss, della Facoltà medica di Bonn, ottenevano ottimi risultati nella cura della tubercolosi esterna da un prodotto il quale si avvicina, per la composizione, alla colina borica, la *lecitina cuprica*.

***

Gli *estratti di tessuti cancerosi* sono stati preconizzati quali *vaccini terapeutici*, ossia per determinare un'immunità attiva nell'organismo colpito da cancro. Questa terapia è stata elaborata specialmente da Vaughan e da Blumenthal. Di recente Vaughan comunicava di aver ottenuto, mediante i proteidi dei blastomi maligni, il 10 % di guarigioni definitive e il 10 % di guarigioni apparenti nella cura di carcinomi e di sarcomi.

L'uso degli *autolisati fetali* può considerarsi come una vaccinoterapia indiretta, date le analogie fra i tessuti fetali e quelli neoplasici.

Antesignano di questa terapia è stato il Fichera, che si giova dei tessuti prelevati da embrioni di 2 a 6 mesi, autolisati per 1-2 mesi sotto il toluolo.

La stessa via è stata poi battuta da Blumenthal e da altri autori nostrani e stranieri.

Si è ricorso anche ad estratti di tessuti e di cellule normali; ad esempio Theilheber ha usato l'estratto di tessuto uterino, il quale è fortemente vaso dilatatore, pei cancri inoperabili dell'utero ed a scopo profilattico; gli estratti leucocitari, ottenuti dal plasma di animali vaccinati in ipermononucleosi, sono ora in via di esperimento per merito di Vaughan, il quale parte dal concetto che i mononucleari siano i macrofagi delle cellule cancerose.

***

Si può presumere che in modo analogo agli estratti di tessuti (*istoterapia* o *terapia istogena*) si comportino anche i *sieri* (*sieroterapia*)

Abbiamo già accennato ad alcuni sieri preparati iniettando materiali microbici e che probabilmente ne contengono in tracce. Altri sieri sono stati ottenuti trattando gli animali con tessuti cancerosi. Ricordiamo, ad esempio, il siero anticanceroso di Jensen, il quale dimostra efficacia sperimentale non dubbia. Nell'uomo Vidal si è giovato del siero di cani vaccinati; ma l'azione oncolitica di questo rimedio è stata negata da altri autori ed il siero di cane è molto tossico per l'uomo. I sieri di animali vaccinati in ipermononucleosi sono ora sperimentati dal Vaughan.

Si è tratto vantaggio anche dai sieri normali, i quali posseggono un potere oncolitico manifesto, dimostrato da molti autori.

Dobbiamo un cenno all'isosieroterapia.

Nel 1907 Machay rendeva nota la guarigione spontanea di un'inferma quasi moribonda per un carcinoma mammario: quella guarigione coincidette col riassorbimento di essudato pleurico dai due lati.

L'osservazione di Machay ha dato origine a vari tentativi terapeutici; per es. Hodenpyl trovò utile il liquido ascitico; si sono usati più volte gli essudati, specialmente di pleurite cancerosa.

Ewing ritiene che i successi ottenuti con questi mezzi siano quelli stessi ai quali conduce il siero di sangue normale.

***

Naturalmente non è possibile ammettere la specificità di trattamenti biologici così eterogenei.

Anche nei pochi casi in cui la specificità parrebbe attendibile, essa viene contestata (Bashford per esempio la nega al siero anticanceroso di Jensen. — Nè c'è da sorprendersene: Schöne la revoca in dubbio financo per l'immunizzazione attiva ottenuta da Ehrlich coi traplanti).

Eppure molti di questi trattamenti sono di un'efficacia incontestabile: contano al loro attivo molti miglioramenti temporanei, consentono persino di realizzare delle guarigioni durevoli, effettive.

A questi trattamenti svariati sono state ascritte azioni multiple (provocazione di un'immunità attiva, trasporto di un'immunità passiva, fatti di atrepsia, ipertermia generale, iperemia, istolisi, necrosi, ecc.); ma è probabile che alcuni fattori siano loro comuni: che, per esempio, portino tutti nell'organismo dei principî organici similari (derivati da cellule e da liquidi dell'organismo, da germi presunti specifici o non specifici), ovvero che mettano in giuoco azioni comuni, come l'ipertermia.

***

Queste applicazioni ci fanno intravvedere la possibilità di agire *efficacemente* e *durevolmente* sui blastomi maligni e di debellarli. Ma nel loro insieme, dal punto di vista clinico, vanno considerate ancora come *una speranza per l'avvenire* più che *una realizzazione del presente*.

(*Continua*). L. VERNEY.

Il fascicolo di gennaio 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. C. Frugoni** - Studi sulla ghiandola carotidea di Luschka.

II. **Dott. Giuseppe Jona** - L'ittero emolitico della tubercolosi.

III. **Dott. Ferruccio Marcora** - Intorno ad un tumore raro della cistifellea.

IV. **Dott. M. Barberio** - Su di un caso raro di cistadenoma delle vie biliari extraepatiche.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

L'appendicite acuta nei bambini.

(H. STIVEN. *The Practitioner*, ottobre 1912).

Sopra 4000 casi di appendicite curati al London Hospital, negli ultimi 10 anni (1900-1910), l'A. ha trovato e studiato 208 casi occorsi in bambini fino all'età di 7 anni. In due casi, corrispondentemente ai rapporti recentemente riconosciuti tra febbre reumatica ed appendicite nei conigli, vi era una storia di reumatismo. In quanto al sesso, come per gli adulti, si ha una frequenza maggiore circa del doppio nei maschi. In rapporto all'epoca dell'anno, le variazioni di frequenza che si incontrano generalmente negli adulti non si verificano in modo sensibile nei bambini. Le concrezioni fecali sono state trovate nell'11 % dei casi (Treves dà il 30 % negli adulti). Ma le nozioni più importanti che l'A. detrae dal suo studio, sono quelle che riguardano il trattamento curativo.

Una volta stabilita la diagnosi, conviene ricorrere all'intervento chirurgico appena è possibile; perchè nei bambini la gangrena e la perforazione e la peritonite diffusa arrivano molto più rapidamente che negli adulti (Churchmann).

Fra i 208 casi studiati dall'A. si era trovata gangrena o perforazione dell'appendice nel 31 %, e peritonite generale nel 25 % dei casi. Di 27 bambini operati da Spieler, 23 presentavano l'appendice perforata o gangrenata, e, di questi, 16 avevano peritonite diffusa così in 100 casi di Vincent (tra i 2 e i 12 anni) 71 volte era stata trovata la perforazione o la gangrena. La suppurazione circoscritta nei bambini non è così comune come negli adulti, molto probabilmente perchè l'omento non vi raggiunge la regione appendicolare. Nella serie dell'A. essa si ebbe solo nel 40 % dei casi.

Anche la sveltezza e la rapidità dell'operatore è più importante nei bambini che negli adulti. Il bambino sopporta l'operazione benissimo fino a un certo punto, passato il quale un peggioramento nelle condizioni generali interviene rapidamente. Per questa ragione non bisogna perder tempo ad esumare l'appendice, quando è sepolta in un ascesso. Un'altra delle cause principali di collasso nei bambini è probabilmente il freddo, data la loro maggior superficie cutanea rispetto alla massa del corpo, e il loro più debole potere termoregolatore. Donde la necessità di tenere ben caldo il piccolo operando, avvolgendone gli arti in ovatta, e facendolo poggiare sopra un giaciglio contenente acqua calda, e scoprendo il meno possibile dell'addome. E così anche cercando di evitare, nella disinfezione della pelle, l'uso di etere sull'addome, come si soleva fare fino a qualche anno fa, e che spesso era causa di shock.

Anche il trattamento post-operatorio è più importante nei bambini che negli adulti. La posizione di Fowler (sollevamento della testa del letto di 2-3 piedi dal pavimento) ha molto giovato a ridurre la mortalità nelle peritoniti, anche nei bambini, e così nelle appendiciti. Tenendo conto di quest'ultima condizione l'A. ha trovato negli anni 1904, 1905 e 1906 una mortalità per appendicite del 13.7 %, in confronto dell'8.7 % avuto nel 1908, 1909 e 1910. La posizione di Fowler agisce sia meccanicamente spingendo i liquidi organici in basso nella pelvi e dando il modo all'omento e al peritoneo di opporsi a effusioni dannose per mezzo di aderenze, sia determinando da parte dell'omento stesso e della porzione inferiore del peritoneo il riassorbimento degli essudati, che si fa molto più rapidamente che nelle porzioni alte. Se però l'infermo è in collasso dopo l'operazione non conviene sollevargli il capo se non dopo che si è ripreso dall'anestesia ed ha avuto qualche somministrazione di liquido fisiologico. La rettoclisi permanente a gocce, che è di regola negli adulti, non risponde nei bambini; i quali assorbono male la soluzione salata per il retto, e tanto più nella posizione di Fowler. Essi tengono meglio *per rectum* piccole quantità frazionate di siero (8-10 once ogni 4 ore o al più ogni 2 ore), introdotte con una sonda, e calde. La pratica del digiuno assoluto non è consigliabile nei bambini perchè non tollerata; può darsi con utilità un decotto di uva passa alternato con acqua albuminosa. L'alvo dev'essere aperto il più presto possibile, e se non si è avuta una scarica spontanea nelle 24 ore dopo l'operazione può usarsi un clistere glicerinato o dello sciroppo di senna.

Per ciò che riguarda le complicazioni si può dire che siano meno frequenti nei bambini che negli adulti. Nei 208 casi citati occorsero solo con una frequenza del 12 %, con 9 morti: 3 volte si ebbe ileo paralitico mortale subito dopo l'operazione; ostruzione da aderenze in 2 casi; ascesso secondario (subfrenico, lombare, pelvico) 8 volte;

in due casi si formò una fistola fecale e in 4 si ebbero complicazioni toraciche (polmonite, empiema bilaterale).

In tutti i casi di appendicite dei bambini la prognosi dev'essere riservata. Soltanto se la malattia è riconosciuta subito e l'operazione è compiuta da un abile chirurgo entro le prime 24 ore tutte le probabilità sono per il successo; nei 208 casi dell'A. la mortalità è stata del 41.8 %. Kirmisson su 25 casi di bambini operati sotto i 2 anni trovò 19 morti; Vincent nei 100 casi ricordati trovò una mortalità del 21 %. La statistica dell'A. invece porta: infiammazione limitata all'appendice nel 14.4 %; ascesso 40.4 %; perforazione o gangrena 31.2 %; peritonite diffusa 25.9 %; peritonite fulminante 11.1%; mortalità 41.8 %, in confronto dell'11.9 % che si ha nel numero totale di ammalati di appendicite ricoverati nel London Hospital durante la stessa epoca. Ossia, in confronto del 41.8 % di morti che si hanno fino all'età di 7 anni, avvengono solo il 10.3 % di decessi dagli otto anni in su.

La mortalità nelle appendiciti dei bambini potrà tuttavia ancora essere ridotta se si farà attenzione alle circostanze accennate che le fanno differire dalle appendiciti degli adulti: intervento sempre precoce, operazione rapida e senza cause di perfrigerazione, trattamento post-operatorio speciale.

R. FOSCARINI.

TERAPIA.

Trattamento dei disturbi del climaterio.

(JUNG. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1912, n. 14).

Sotto la denominazione di disturbi del climaterio viene intesa una serie di sintomi i quali si manifestano, all'epoca della menopausa, in quasi tutte le donne, quantunque con differenze personali notevolissime riguardo al numero, alla intensità e alla durata dei fenomeni. Questi sintomi sono in rapporto con la involuzione senile delle ovaie, la quale si manifesta essenzialmente con la diminuzione, fino alla scomparsa, delle mestruazioni, e con il rimpicciolirsi dell'utero e delle ovaie.

Tra i sintomi generali che accompagnano il climaterio, il più frequente è rappresentato dalle ondate di sangue al capo, le quali si manifestano talora anche nel riposo, ma più frequentemente durante lievi sforzi o in seguito ad emozioni. Simultaneamente la paziente avverte un senso di calore al capo, non di rado anche vertigine e ronzio; la cute del capo si arrossa e si ha talora secrezione di sudore. Questi accessi possono ripetersi anche 20 volte al giorno, disturbando lo stato generale delle inferme. Non di rado coesiste cardiopalmo e aumentata eccitabilità del sistema nervoso; l'umore è irritabile, talora anche sensibilmente depresso. Qualche volta si ha un aumento della eccitabilità sessuale, ciò che suole riuscire alle donne assai fastidioso.

Come si è detto innanzi, questi disturbi possono avere, nei vari individui, durata e intensità assai diverse. Si ammette in generale che, nel climaterio precoce, dovuto alla estirpazione chirurgica delle ovaie, i disturbi siano più spiccati, e anzi tanto più spiccati quanto più la donna è giovane; questa regola però non è senza eccezioni. I disturbi del climaterio sono, in genere, più accentuati nei soggetti con predisposizione neuropatica.

Il medico non deve limitarsi, nei casi di questo genere, ad assicurare la paziente che tutti questi sintomi svaniranno, anche senza alcuna cura, in un'epoca più o meno vicina; la terapia sintomatica non dovrà mai essere trascurata, potendo essa arrecare notevoli vantaggi. Anzitutto si prescriverà una dieta conveniente, a base di vegetali, uova ecc., consigliando all'inferma di evitare cibi ricchi di spezie o troppo salati; non è necessario rinunziare completamente all'uso della carne, ma occorre limitarne la quantità. Deve essere evitata l'ingestione di bevande alcooliche anche in piccola quantità; il caffè può essere concesso solo in piccole dosi; anche l'aceto sarà, quanto più è possibile, evitato.

Riuscirà utile invece l'uso di acque minerali e di latte. È necessario regolare le funzioni intestinali mediante clisteri e somministrazione di acque amare; i veri purganti debbono invece venire evitati. Del resto la dieta vegetariana esplica di per sè una influenza favorevole sulla regolarità delle funzioni intestinali.

Sotto questo rapporto si otterrà anche vantaggio consigliando all'inferma un moto moderato (ogni giorno circa 2 ore di passeggiata all'aria aperta).

Se i sintomi nevrastenici (irritabilità, depressione, insonnia) sono assai spiccati si consiglieranno applicazioni idroterapiche: impacco umido per la durata di 2 ore, o bagno caldo prima di andare a letto; spugnature fredde la mattina, ecc.

Contro l'aumentata eccitabilità sessuale si ri-

correrà ai semicupi freddi, agli esercizi corporei, al letto molto duro, eventualmente anche a piccole dosi di bromo. In genere occorre evitare con cura i narcotici, cui i soggetti si abituano facilmente, limitandosi ad adoperare la innocua valeriana. Spesso è difficile convincere le sofferenti di cardiopalmo che in esse non esiste una affezione organica del cuore.

Si è tentata una terapia causale dei disturbi del climaterio, ricorrendo alla somministrazione di estratti ovarici di animali (ooforina, ovarina, ecc.). L'A. consiglia di provare questa cura, ma non ne garantisce il risultato, anzi ritiene che, se dopo breve tempo non si sono ottenuti effetti favorevoli, essa débba venire abbandonata.

Un fenomeno che sovente si manifesta nell'epoca della menopausa è la abbondante formazione di adipe. Ciò non può essere completamente impedito; però mediante adatte prescrizioni si riesce a porvi un limite. Occorre anzitutto limitare la quantità degli alimenti; e in secondo luogo prescrivere alle inferme molto moto all'aria aperta. Da qualche anno è in voga la cura dimagrante mediante la tireoidina, un preparato che eccita notevolmente il ricambio materiale. Ma questa cura non è scevra di pericoli (paralisi cardiaca), sicchè essa può venir praticata solo sotto continua sorveglianza medica, e deve venir sospesa al menomo sospetto da parte del cuore.

Oltre ai fenomeni generali, si notano talora, nel climaterio, disturbi locali. Menzioniamo anzitutto la colpite senile, nella quale si ha atrofia dell'epitelio pavimentoso della vagina e aumento del secreto vaginale, ciò che determina prurito vulvare, talora addirittura fastidiosissimo. In tali casi si prescriveranno bagni, semicupi, abluzioni frequenti, e anche lavaggi con sostanze leggermente astringenti.

Importantissime sono le cosiddette emorragie climateriche. Mentre, nella maggior parte delle donne, le mestruazioni divengono, all'epoca della menopausa, sempre più rare e meno abbondanti, fino a scomparire del tutto, in alcuni casi invece le perdite sanguigne si fanno più profuse e più frequenti, tanto da determinare una anemia che può raggiungere un grado altissimo e perfino divenire mortale. In tali casi l'esame dei genitali non fa rilevare alterazioni caratteristiche, l'utero è spesso grosso e duro (la così detta metropatia cronica), ma talora piccolo e molle; si intende che l'utero miomatoso non fa parte di questa forma morbosa. Occorre sempre tener presente la possibilità che le frequenti emorragie dipendano dallo svolgersi di un carcinoma nel corpo dell'utero, una affezione questa in cui pure il reperto obiettivo è, almeno per un certo tempo, del tutto negativo. Per risolvere questo dubbio diagnostico importantissimo si ricorre alla *abrasio probatoria* del corpo dell'utero e all'esame microscopico del materiale ricavato. Questa semplice manovra è spesso sufficiente a vincere le emorragie climateriche, o almeno a diminuirne la frequenza e l'intensità. Se le perdite sanguigne ricompaiono, si può ricorrere a vari medicamenti: estratto fluido di *hydrastis canadensis*, segale cornuta, stipticina, styptol, tannino, gelatina.

Talora è necessario tamponare; ma appena tolto il tampone riappare l'emorragia. Nei casi più gravi e più ostinati si può ricorrere alla estirpazione dell'utero per via vaginale, una operazione che dà solo 1-2 % di mortalità. Recentemente vari autori (Krönig, Reifferscheid, Menge, Fränkel, ecc.), avrebbero ottenuto con la Röntgenterapia risultati assai favorevoli, tanto da far ritenere che, almeno in molti casi, possa venir evitato l'intervento operatorio.

Finalmente vogliamo menzionare la cistite, frequentissima all'epoca della menopausa, quantunque il rapporto tra i due fatti non sia ancora conosciuto. La terapia è quella comune di tutte le cistiti. La prognosi è dubbia: talora si ha una rapida guarigione, non di rado però la malattia recidiva e finisce con l'assumere carattere cronico.

V. FORLÌ.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Parassitologia medica della R. Università di Catania
diretto dal prof. M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA.

Emidrosi destra e spasmi ritmici del piede dello stesso lato di origine riflessa per elmintiasi intestinale

pel prof. M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA.

A prescindere dalle esagerazioni, alle quali si è andato incontro da coloro, che giudicano le tenie o del tutto inoffensive oppure eccessivamente dannose, sulla scorta della casistica clinica possiamo ragionevolmente ritenere ch'esse, lungi dall'essere sempre innocue, possono cagionare accidenti gravi o gravissimi, ma in misura meno frequente di quanto taluni hanno asserito.

In vero, come dice Laboulbène e confermano Moniez, Railliet, Blanchard e numerosi altri parassitologi, la presenza dei cestodi nell'intestino umano può essere inoffensiva, ma può anche essere cagione di due ordini di disturbi, gli uni puramente locali, gli altri d'origine nervosa.

Al primo gruppo, d'ordinario, si riferiscono: una sensazione dolorosa o di pesantezza all'epigastrio o a tutto quanto l'ambito addominale, sensazione che si accentua a stomaco vuoto, e si attenua o scomparisce del tutto dopo i pasti; diarrea o stitichezza o alternativa dell'una coll'altra; talvolta catarro intestinale, raro per elmintiasi da grossi cestodi (*Taenia solium*, *Taenia mediocanellata*, *Bothriocephalus latus*), frequente, anzi costante, per quella da microtenie (*Hymenolepis nana*).

Assai più importanti e complessi sono i disturbi a carico del sistema nervoso, i quali vanno dall'inappetenza ed anoressia all'appetito esagerato ed alla bulimia, dalle vomiturazioni ai vomiti talvolta incoercibili, dall'obnubilamento della vista e dall'ambliopia all'amaurosi, dall'abbassamento dell'udito alla cofosi, dalla sensazione del bolo isterico ad altri svariatissimi e più o meno gravi accidenti nervosi riflessi: vertigini, paresi, paralisi, tremolii parziali o generali, contratture, accessi coreici o epilettiformi, fenomeni tutti che ricordano le manifestazioni più svariate dell'isterismo.

Nessun autore, per quanto io sappia, ha mai accennato a disturbi secretori riflessi: le sole notizie, che possediamo sul riguardo, son quelle che si riferiscono alla frequente salivazione, spinta sino alla scialorrea, e alla poliuria, di cui un bellissimo caso è quello di André Petit, che ho riassunto in un mio contributo allo studio delle paralisi riflesse (*Emiplegia riflessa da Taenia mediocanellata — Contributo allo studio delle paralisi riflesse*; in Giornale Medico del R. Esercito e della R. Marina, Roma, 1892), e riguarda un infermo ricoverato alla Charité, che emetteva da sei ad otto litri di urina al giorno. Nell'urina di anormale si riscontrava soltanto un leggero aumento dell'urea. L'ammalato emetteva pezzi di tenia. In seguito alla somministrazione di un antelmintico, egli espulse colle feci un grosso cestode, e la poliuria scomparve. La presenza della tenia, pertanto, aveva avuto un'influenza patogena sull'origine di tale poliuria insipida, dovuta, senza dubbio, a temporanea angioparalisi renale.

Per la sua rarità, credo opportuno riferire la seguente osservazione clinica, la quale mette in rilievo che, fra i disturbi secretori riflessi da tenia, dobbiamo pur comprendere la iperidrosi unilaterale. Questa, nel mio caso, non era l'espressione monosintomatica della malattia, ma un fenomeno, che si accompagnava a spasmi ritmici localizzati al piede destro,

R. S. fu Alfio, di anni 47, da Misterbianco, contadino, di sana e robusta costituzione fisica, non ha mai sofferto malattie nervose; e nulla pure, sul riguardo, v'è a carico del suo gentilizio.

Dalla prima giovinezza, avendo quasi sempre lavorato alla Piana di Catania, di quando in quando è andato incontro a delle febbri malariche, che da un anno non ha più sofferto.

Il 20 marzo del 1911, sull'imbrunire, al ritorno dal lavoro campestre, fu assalito da dolore pulsante ad ambo le tempie, dolore vivo paragonabile a quello che provocherebbe un tizzo ardente avvicinato alla pelle, circoscritto ad una zona dell'estensione di un soldo. L'accompagnarono: contrazione tonica dei muscoli prevertebrali, che lo costringeva a tenere inclinate in avanti la testa e la colonna vertebrale, non che lieve vertigine ed obnubilamento della coscienza. Dopo pochi minuti tutto scomparve, e il paziente ritornò sano come prima.

Trascorsi 20 giorni, di botto fu sorpreso dal medesimo dolore alle tempie e da una sensazione di calore a vampe al viso. Subito dopo divenne pallido, e dalla metà del destra corpo cominciò a grondare sudore incoloro ed inodoro, copiosissimo al volto e al torace, meno abbondante all'addome e meno ancora agli arti.

Nello stesso tempo comparve una violenta contrattura effimera ai muscoli flessori del piede destro, il quale entrò in flessione forzata, ma, subito dopo, pel succedersi di spasmi nel medesimo territorio muscolare, fu invaso da un rapido movimento ritmico e cadenzato di va e vieni, paragonabile al movimento dei piedi di chi cuce alla macchina. Dolore, sudore e spasmi ritmici ebbero la durata di circa due ore. La coscienza si mantenne, ma obnubilata. Dopo qualche giorno di riposo, durante il quale il paziente rimase alquanto prostrato di forze e stordito, con qualche lieve capogiro e con la sensazione della presenza di un gomitolo, che, risalendo dalla punta dello sterno lungo l'esofago, si fermi alla faringe (bolo isterico), riprese l'abituale lavoro di campagna. Ma d'allora in poi, egli non è mai stato perfettamente bene in salute, essendo in lui residuate delle lievissime, fugaci e frequenti vertigini, ripetentisi ad intervalli variabili tra le 12 e le 48 ore.

Verso il 20 giugno, e quindi alla distanza di 70 giorni, si ripetette l'accesso, identico per forma e grado al precedente: dolore vivo alle tempie, iperidrosi unilaterale destra, spasmi ritmici ai muscoli flessori del piede dello stesso lato. La durata fu minore: un'ora circa.

Lo stato attuale al 1° luglio 1911 è il seguente: individuo di statura e complessione regolare con muscolatura bene sviluppata e pannicolo adiposo piuttosto scarso, pelle di colore bruno, mucose visibili alquanto pallide. In generale egli si sente un poco debole di forze, ha la memoria leggermente indebolita, obnubilamento della vista, di quando in quando lievi passeggere vertigini. Riflessi normali; sensibilità specifica e generale inalterate; nessun disturbo di moto. Non si riscontra alcuna zona isterogena. Egli mangia con appetito, dorme poco, esagera il suo male, di cui si preoccupa moltissimo, di fronte alla poca entità di esso. Non vi ha nulla a carico di altri organi, apparecchi o sistemi.

Le urine (1) sono normali; nelle feci si rinvengono dei corpicciuoli bianchi e piatti, somiglianti a grossi semi di zucca, semoventi (proglottidi di tenia).

Le sofferenze del paziente consistono nei disturbi accessionali a carico del sistema nervoso, che s'iniziano col dolore folgorante alle tempie e colle vampe di calore al viso e si esplicano e terminano col sudore unilaterale alla metà destra del corpo e cogli spasmi ritmici al piede dello stesso lato, per la durata variabile da una a due ore; accessi che, dopo la loro scomparsa, sono seguiti da obnubilamento della vista, lievi vertigini e un senso di costrizione alla gola, prodotto come dalla presenza di un corpo estraneo risalitovi dallo stomaco lungo l'esofago.

Evidentemente si tratta di disturbi funzionali del sistema nervoso, molto affini a quelli di natura isterica: e difatti ogni singolo accesso si è iniziato con vampe di calore alla faccia (caldane) e caratteristico *chiodo isterico* alle tempie, cui immediatamente ha tenuto dietro il vero attacco costituito dagli *spasmi* dei muscoli flessori del piede destro e dalla *iperidrosi* dello stesso lato, la quale, evidentemente, non può dipendere da una alterazione anatomica del simpatico, manifestandosi il sudore profuso soltanto durante l'accesso convulsivo e mai al di fuori di esso.

E le contrazioni spasmodiche presentano i caratteri veri degli *spasmi ritmici* del Pitres, consistenti in « convulsioni generalmente brusche e « sempre coscienti, provocate da scosse muscolari, « che si ripetono ad intervalli sensibilmente eguali, « dando luogo a movimenti involontari, riproducentisi regolarmente per un tempo spesso molto « lungo con una cadenza uniforme ». Gli accessi convulsivi del caso da me riferito hanno una certa somiglianza a quelli del caso classico di corea ritmica, descritta da Gillet De La Tourette a pag. 263 del suo *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, e riguardante una donna di 30 anni che presentava « per la seconda volta uno stato « di corea ritmica localizzata ai membri inferiori, « i quali, costantemente, senza tregua, eseguivano « il simulacro di mettere in movimento i pedali « d'una macchina da cucire ».

L'assenza completa di piastre isterogene e in generale di stigme somatiche e psichiche negli stati interparossistici e la presenza nell'intestino del verme tenia mi fanno pensare che, nel caso in esame, non si tratti di veri attacchi isterici, ma di attacchi isteriformi, sotto la dipendenza dell'elmintiasi intestinale.

Faccio quindi la diagnosi di *emidrosi destra e spasmi ritmici del piede dello stesso lato di origine riflessa per elmintiasi intestinale.*

Cura: somministrazione di un antelmintico (7 grammi di estratto etereo di felce maschio emulsionato in 80 grammi di mucillagine di gomma arabica).

Il tenifugo produsse il suo effetto immediato, cioè l'espulsione del cestode.

Quale delle due grosse tenie fosse quella espulsa, non mi fu possibile controllare, poichè il paziente, malgrado le raccomandazioni fattegli, non si premurò di portarmi nè il verme intero, nè i frammenti maturi di esso.

Da allora è passato più di un anno, e gli accessi non si sono più ripetuti: la qual cosa conferma pienamente la diagnosi da me fatta.

Per quel che riguarda la patogenesi, dobbiamo ammettere che la tenia, agendo su persona predisposta all'isterismo, abbia provocato la comparsa d'un episodio in un isterico latente; essa, in altri termini, ha dovuto funzionare come una zona isterogena interna. E che il nostro paziente fosse un predisposto all'isterismo, risulterebbe, malgrado l'assenza di vere stigmate isterogene

(1) Il risultato negativo dell'esame delle urine non ha nessun valore nel nostro caso, poichè è soltanto nell'urina emessa durante i parossismi isterici e sino a poche ore dopo che si constata uno stato di poliuria (orina nervosa) e l'*inversione della formula dei fosfati* (Cathelineau e Gillet De La Tourette), o meglio, per essere più esatti, l'*alterazione della formula dei fosfati* (Tansi).

negli stati interparossistici, dalla abituale ipocondria e dalla tendenza ad esagerare smodatamente il proprio male, di cui si preoccupava fuori di misura.

Trovo una qualche analogia fra i parossismi presentati dal nostro paziente e quelli di chi è affetto da *isterismo tardivo* o *nevrosi traumatica* o *railway spine*, in cui il trauma grave, lieve e financo immaginario, non è la causa, ma l'occasione, che determina la comparsa dell'episodio isterico.

CONCLUSIONE.

L'elmintiasi intestinale da comuni tenie, oltre ai ben noti disturbi nervosi di natura riflessa, nei predisposti all'isterismo, può anche cagionare spasmi ritmici ed emidrosi.

In tal caso, il parassita, stimolando le terminazioni nervose della mucosa intestinale, agisce da zona isterogena interna, e provoca la comparsa *ex novo* di un episodio somigliante a quelli dei parossismi di natura nettamente isterica.

Catania, luglio 1912.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Accademia Medica di Genova.

Seduta del 9 dicembre 1912.

A. Delfino. *Contributo allo studio dello strozzamento laterale dell'intestino.* — L'A. riferisce un caso di strozzamento laterale riscontrato dopo la riduzione di un'ernia strozzata: esso era dovuto ad un cingolo esistente nella parte inferiore del sacco. Reciso il cingolo fu possibile la riduzione dell'ansa, e il decorso post-operatorio fu ottimo. In questo caso durante lo strozzamento laterale la sintomatologia rimase completamente negativa.

D. Maragliano e L. Sivori. *La reazione dell'antigene nella diagnosi delle tubercolosi renali.* — Gli AA. dopo aver stabilito che la reazione di Debré e Paraf mette in evidenza i soli antigeni tubercolari attinti direttamente dal focolaio morboso e non quelli filtranti attraverso il rene, ne indagarono il valore diagnostico: di undici casi esaminati, per sei la reazione portò alla diagnosi esatta, per gli altri cinque il responso fu erroneo. La stessa reazione applicata alla diagnosi di trasudati dimostrò di non possedere valore assoluto.

U. Parodi. *Sulla produzione sperimentale della ipertrofia uterina nella cavia.* — L'A. ha ottenuto sperimentalmente nella cavia la produzione di una ipertrofia dell'utero mediante iniezioni di estratti lipoidei di placenta umana.

G. Moriani. *Reperto istologico di testicolo in un caso di pseudoermafroditismo.* — L'A. illustra un caso di pseudoermafroditismo trasverso in cui quasi tutta la parte tubulare degli organi genitali è femminea, mentre la ghiandola sessuale è maschile: il soggetto ha caratteri somatici e psicoantropologici completamente femminili. L'A., svolte alcune considerazioni sull'apprezzamento medico-legale del sesso e sui rapporti tra secrezioni interne e determinazione dei caratteri complementari, insiste sul particolare reperto istologico rilevato in ambedue i testicoli estratti chirurgicamente dai canali inguinali: esso dimostra una abbondante proliferazione interstiziale e una marcata atresia dei canalicoli seminiferi, da mancata funzionalità. SEGALE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Un nuovo metodo per l'esame funzionale del pancreas.

L'esame della funzione pancreatica è basato su criteri chimici e microscopici: l'esame dei fermenti pancreatici praticato sia nel contenuto gastrico che nell'estratto delle feci ha assunto in questi ultimi anni una notevole importanza. Il Wohlgemuth si è occupato specialmente dell'esame del fermento diastasico, il Boldyreff del fermento lipolitico: la ricerca del fermento triptico ha trovato invece sostenitori in Volkard, Fuld, Gross, Müller e Schlecht. Tutti i metodi proposti però dai suddetti autori hanno l'inconveniente di richiedere molto tempo e qualche difficoltà tecnica e quindi i risultati non sono in ogni caso sicuri.

L'Ehrmann (*Berl. Klin. Woch.*, n. 29, 1912) propone un metodo che pare molto pratico: si basa sul fatto che un grasso neutro privo di acidi grassi viene scisso solo dal fermento lipolitico del succo pancreatico: il grasso neutro più appropriato allo scopo sembra la palmina del commercio: l'olio, il burro e il latte non sarebbero invece, secondo l'A., adatti ad un tale esame.

L'Ehrmann somministra una colazione di prova così costituita: Si sciolgono 30 gm. circa di amido di riso in circa 250 cmc. di acqua tepida, si aggiunge un pizzico di sale e 75 gm. circa di palmina disciolta al calore e si agita. Dopo 2 2 ½ ore dalla somministrazione si vuota lo stomaco.

Per l'esame sono necessarie le seguenti soluzioni:

I. Etere di petrolio	cmc.	90
Benzina	»	10
II. Acetato di rame.	cmc.	3
Acqua distillata fino a . . .	»	100

Si prende una certa quantità del liquido estratto colla sonda e si agita in una provetta con una quantità uguale della soluzione I: poi si decanta l'etere soprastante in un'altra provetta e si agita con una eguale quantità della soluzione II. Lo strato etereo soprastante si colora in verde smeraldo più o meno intensamente a seconda della quantità di fermento pancreatico esistente: quando manca completamente la secrezione pancreatica, il liquido resta incolore.

L'A. ha constatato che in casi d'ipercloridria può riuscire negativa la reazione: in tali casi è opportuno ripetere l'esame aggiungendo alla colazione di prova un cucchiaino di bicarbonato sodico.

P. ALESSANDRINI.

(26)

CASUISTICA.

L'eclampsia diabetica.

L'importanza che ha la presenza di acetone nell'organismo dei diabetici per la genesi di accidenti convulsivi e di stati comatosi non è quistione del tutto nuova. Il Petters nel 1857 ricercando la causa dell'odore speciale che si emana dai diabetici, riscontrò la presenza di acetone nelle urine di questi malati. Il Kussmaul nel 1874 incriminò l'acetone, quale causa del coma diabetico, ma non riuscì coll'esperimento a riprodurre tale stato tossico. Il Gerhardt aveva di già descritto la colorazione rosso carico che assumono le urine acetoniche in presenza di percloruro di ferro.

Più tardi v. Jaksch fece intervenire in causa non l'acetone ma l'ac. diacetico; Minkowski da canto suo accusò l'acido β ossibutirrico, questi diversi corpi dànno le seguenti reazioni:

Acetone	R. di Legal colorazione rossa	Urina 5 cmc.
		Nitroprussiato di Na $^1/_{10}$, gocce 5.
		Lisciva di soda, gocce 5.
		Acido acetico, gocce 10.
	R. di Lieben del jodoformio	Urina distillata, cmc. 5.
		Lisciva di soda, gocce 5.
		Soluzione jodio-jodurata, al $^1/_{10}$ cmc. 1.
	R. di Denigés precipitato bianco a caldo	Urina distillata, cmc. 5.
		Reattivo di Denigés, cmc. 5.
Ac. diacetico	Col. di Gerhardt col. rosso-carica	Urina, cmc. 10.
		Percloruro di ferro, gocce 5.
Acido β ossibutirrico	Deviazione polarimetrica.	

L'intossicazione diabetica in realtà è dovuta alla presenza combinata di questi differenti corpi acetonici ed assume così la denominazione di « *acidosi diabetica* ». Però Hugounenq e Morel hanno recentemente dimostrato che questi corpi acetonici non sono tossici, cosicchè in tali ammalati interverrebbero altre sostanze e queste sostanze sarebbero precisamente i prodotti regressivi anormali delle sostanze albuminoidi che nei diabetici al pari delle sostanze idrocarbonate vengono anche esse incompletamente trasformate e distrutte. Ma questa tesi è passibile di due obbiezioni. In primo luogo i corpi acetonici anche che non siano tossici per gli animali non è dimostrato che tali non siano per i diabetici, in secondo luogo queste albumine tossiche dei dia-

betici per ora esistono soltanto allo stato di ipotesi, ma in realtà nessuno ne ha potuto ancora dimostrare l'esistenza.

Dunque la quistione della patogenesi dell'intossicazione diabetica è tuttora *sub judice*.

Ritornando ora all'eclampsia dovremo ricordare che le manifestazioni di tal genere sono frequenti nei diabetici. Come comportarsi dal punto di vista terapeutico in simile contingenza? Bisogna anzitutto prendere in considerazione l'acidosi e quindi ristabilire con mezzi adeguati e preventivi l'alcalinità del sangue. Quale misura profilattica è consigliabile una volta per settimana un regime vegetariano e idrico durante 24 ore (v. Noorden) od una dieta idrica passeggiera (Guelpa). Allorchè compaiono i segni urinarii dell'acidosi si ricorrerà alla dieta lattea od idrica ed all'alcalinizzazione digestiva (bicarbonato di sodio un cucchiarino da caffè nell'acqua pura ogni ora, da 30 a 40 gr. nelle 24 ore). Se le manifestazioni tossiche sono più avanzate (coma, precoma) si useranno le iniezioni intravenose di bicarbonato di sodio a dosi elevate (50 gr. per litro, si inietta ½–1 litro lentamente). Si sospenderà trattamento quando le urine diventano alcaline. (CHAUFFARD, *Journ. des Praticiens*, 10 febbraio 1912).

TR.

Eclampsia ed eliminazione dei cloruri.

Le analisi di Zinsser (*Zeitschrf f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1912, LXX, 1) in 6 casi di eclampsia di cui 3 con edemi e 3 senza edemi non hanno potuto dimostrare che queste eclampsiche si siano trovate in un periodo di pre-edema: non vi fu ritenzione di cloruri. Nè l'apparizione dell'eclampsia si può mettere in rapporto con un'eventuale ritenzione di cloruro perchè essa può insorgere quando ancora l'eliminazione clorurata è presso che normale. Nè nel sangue lo Zinsser trova un tasso esagerato di cloruri, che altri AA. avevano già segnalato.

Tuttavia durante le crisi di eclampsia l'A. ha notato delle variazioni enormi nel quoziente dei cloruri: le curve sono variabilissime e non si può trovare un tipo di curva che corrisponda alla gravità o meno degli accessi.

L'anomala eliminazione dei cloruri non è però conseguenza solo del disturbo circolatorio (talora è indipendente dall'andamento della diuresi), ma deve essere attribuita anche alle lesioni dell'epitelio renale.

Così che un parallelo talora esiste tra gravità delle malattie ed *oscillazioni sul titolo dei cloruri*. Tra i pazienti di Zinsser quelli che guarirono non presentarono quelle cadute nel titolo dei cloruri, che costituì invece la caratteristica del gruppo più grave: ma la comparsa di transudati, di emorragie, una polmonite che coincida, possono togliere qualsiasi valore al sintoma in parola; talora la malattia è quasi fulminante ed allora non si ha tempo sufficiente perchè si modifichi il tipo dell'eliminazione dei cloruri.

Il quadro urinario delle eclamptiche senza edema costituisce secondo l'A. un tipo a sè difficilmente utilizzabile; nelle eclamptiche con edema invece una diminuzione brusca e senza causa apparente nell'eliminazione dei cloruri indica una grave intossicazione il più delle volte mortale.

t. p.

TERAPIA.

Diagnosi e terapia della stenosi mitralica pura.

La stenosi mitralica pura è, clinicamente parlando, contingenza tanto rara che la sua esistenza come segno di endocardite è perfino negata dal Rosenbach. Il sesso femminile vi è più esposto.

I sintomi della stenosi mitralica pura si spiegano colle condizioni idrostatiche provocate dal vizio.

Attraverso l'ostio sinistro ristretto perviene una quantità di sangue più scarsa nel ventricolo sinistro donde dilatazione ed ipertrofia dell'orecchietta sinistra, stasi riflessa nel circolo polmonare sino al cuore destro, il quale s'ipertrofizza non appena lo svuotamento del cuore sinistro si compia con difficoltà. Al tavolo anatomico ordinariamente si trova ipertrofia notevole del cuore destro, impiccolimento del ventricolo sinistro, dilatazione ed ipertrofia dell'orecchietta sinistra. Il reperto può presentare notevoli variazioni: anzitutto la stenosi può variare da un semplice ispessimento dei margini sino ad un restringimento dei più accentuati ad occhiello. Se alla stenosi si aggiunge l'insufficienza, si ha anche dilatazione ed ipertrofia del ventricolo sinistro. Sul modo di comportarsi del ventricolo sinistro nella stenosi pura della mitrale si è in questi ultimi tempi assai discusso. All'opinione comune (Hirsch) dell'impiccolimento del ventricolo sinistro nella stenosi mitralica, Lenhartz ha contrapposto un'opinione diversa, sostenendo che per la aumentata azione aspiratrice il ventricolo s'ipertrofizza; tale opinione fu dimostrata sperimentalmente infondata e così pure l'altra successivamente esposta dallo stesso autore che la stasi del cuore per via retrograda si faccia risentire sul cuore sinistro.

In rapporto all'atrofia del ventricolo sinistro il suo volume pulsatorio è piccolo, quindi minima l'onda del polso periferico. Il polso è molle, però

può subire elevazioni di pressione transitoria in rapporto al sovraccarico di CO^2 in circolo, che aumenta il tono dei vasomotori. Il volume di polso del ventricolo sinistro può essere così ridotto da dare onde che non sempre arrivano al polso periferico. Popow ha descritto un sintoma che consiste in una differenza fra il polso radiale destro ed il sinistro, questo essendo più piccolo: la differenza si accentua in posizione assisa.

L'itto è un po' spostato all'esterno, scuotente; alla palpazione si avverte un fremito distinto, alla percussione si dimostra un'ottusità corrispondente all'orecchietta sinistra dilatata, fatto che si rivela ancor meglio coll'esame radiologico. I rumori caratteristici della stenosi mitralica si ascoltano con maggiore evidenza sulla punta Si ammette che essi si originino dal ventricolo sinistro per l'energica contrazione dell'orecchietta ipertrofica, il rumore può udirsi solo all'inizio della diastole o solo nella presistole od in due fasi interrotte all'inizio ed alla fine della diastole. Il primo tono è accentuato, netto; il secondo tono si ode sdoppiato alla punta. Però negli stadî avanzati spesso non si ode più il secondo tono sulla punta, sia perchè il secondo tono debolmente trasmesso dall'aorta non arriva più alla punta, oppure perchè il ventricolo sinistro per l'ipertrofia prevalente del cuore destro è allontanato completamente dalla parete toracica. Comunque depongono per un aggravamento del vizio cardiaco la scomparsa del secondo tono alla punta e l'accentuazione del primo. Negli stadii più avanzati spesso si osserva la scomparsa completa dei rumori, mentre rimane solo l'accentuazione del primo, rimane il fremito presistolico e questo può agevolare la diagnosi. La scomparsa dei rumori indica l'iniziarsi dell'insufficienza cardiaca.

L'ipertrofia del ventricolo sinistro è indice del grado di stenosi. L'insufficienza relativa della tricuspide, il polso epatico, i polsi venosi, la diminuzione del secondo tono polmonare unita a cianosi, a fatti polmonari sono segni di grave scompenso. Gli edemi sono rari e compaiono nella fase ultima.

La morte è spesso improvvisa per l'insufficienza miocardica od embolia. La prognosi è sempre dubbia.

La cura consiste nella difesa delle forze del cuore, nell'evitare i raffreddamenti, le bronchiti. Cure di riposo, dieta asciutta. Alla digitale si ricorra solo in caso di scompenso ed in dosi piccole associata a vasodilatatori (teobromina, caffeina, canfora). Negli stadii gravi i fenomeni di stasi si possono vincere col salasso. In molti casi è utile l'applicazione della maschera di Kuhn, la quale provocando un aumento della pressione negativa endotoracica determina un'aspirazione del sangue dal cuore destro e rimuove la stasi polmonare.

(*Gazzetta Medica Italiana*, anno LXII, n. 32).

TR.

La cura ideale degli aneurismi arteriosi.

« Se fosse possibile dopo l'estirpazione del sacco aneurismatico d'ottenere la riunione e la cicatrizzazione delle pareti del vaso, la terapia degli aneurismi entrerebbe in una nuova fase » così scriveva il Glück circa 30 anni fa ed oggi noi assistiamo all'inizio di questa chirurgia vascolare, che certamente andrà sempre più diffondendosi nella cura degli aneurismi.

La tendenza della chirurgia moderna nella terapia degli aneurismi è quella dell'estirpazione del sacco; però anche questo metodo come la legatura porta per conseguenza la soppressione della circolazione nel territorio irrorato dall'arteria colpita, e, quando non esistano collaterali sufficienti, può determinarsi una necrosi più o meno estesa di esso.

Non sempre questi inconvenienti sono circoscritti e riparabili, ma più spesso di quello che non si creda possono portare anche all'amputazione dell'arto o possono mettere in serio pericolo la vita del paziente.

L'*operazione ideale* sarebbe perciò quella di ristabilire la continuità vasale dopo l'estirpazione del sacco aneurismatico. L'operazione, la cui riuscita è tutt'altro che costante e che richiede condizioni molto favorevoli ed una abilità tecnica speciale, non è ancora entrata nella pratica medica.

Di tutti i metodi escogitati a questo proposito, l'unica operazione che risponde pienamente a tutti i desiderata consiste nell'estirpazione totale del sacco aneurismatico con sutura successiva dei monconi vascolari. I primi tentativi furono fatti nel 1907 dal Lesser in Germania e dal Delbet in Francia — però si può dire che il primo risultato accompagnato da successo durevole appartiene all'Enderlen. Il Lenormant (*Presse Méd.*, 28 settembre 1912) ha raccolto fino ad oggi una quindicina di tali operazioni e si può dire che si contino un maggior numero d'insuccessi che di risultati favorevoli — però l'intervento va tentato in tutti i casi perchè non sembra più grave della semplice estirpazione con legatura. Le difficoltà tecniche che non permettono questa operazione che ai chirurgi più provetti hanno impedito il diffondersi rapido di questo processo.

Però i primi tentativi sono incoraggianti e ci autorizzano di sperare che l'operazione conservatrice realizzerà in pratica almeno in certi casi una terapia veramente ideale. P. A.

IGIENE SOCIALE

La difesa contro le malattie esotiche nel porto di Genova.

(Da un discorso del prof. P. CANALIS al Congresso Italiano delle Scienze).

L'oratore, spiegato quali siano le malattie esotiche contagiose per le quali i grandi porti commerciali sono considerati la principale via d'entrata nei nostri paesi civili, cioè la febbre gialla, il colera e la peste, espone come essi abbiano sempre cercato di difenderli con speciali provvedimenti. Questi hanno subito radicali modificazioni, quando si sono meglio conosciute le sorgenti infettive, le vie di trasmissione dei loro germi specifici ed i mezzi più acconci per ucciderli, senza ostacolare affatto l'incremento crescente delle relazioni commerciali tra i diversi paesi.

Per quanto riguarda la febbre gialla, nel porto di Genova da oltre 17 anni non giungono navi infette da tal malattia, e le probabilità che ne arrivino van sempre più diminuendo in grazia delle misure profilattiche basate sulle nuove conquiste della scienza (distruzione delle zanzare, protezione dei malati contro le loro punture, risanamenti del suolo), le quali hanno liberato quasi completamente da questa malattia i porti americani che ne erano da tempo focolai permanenti.

Il colera, invece, ha attaccato con maggior gravità e frequenza i nostri porti. Fino al 1887 le difese dell'Italia contro l'importazione di tale morbo nei porti riposava sulle rigorose quarantene cui erano sottoposte le navi provenienti dai paesi infetti, qualunque fosse lo stato di salute dei passeggieri e dell'equipaggio.

L'esperienza insegna però che questo sistema è rovinoso pel commercio, tanto che la Norvegia e la Svezia l'avevano da tempo abbandonato sostituendolo con un sistema più logico e più efficace quale è quello seguito ora da quasi tutti gli Stati europei.

Il Governo italiano, invece, si ostinò lungamente nell'applicazione di tale condannato mezzo di difesa, perchè fino nel 1887 l'Amministrazione sanitaria italiana era guidata da dilettanti di igiene, non da veri igienisti. L'anno 1887 segna una data storica. Francesco Crispi chiamò a dirigere il servizio sanitario del Regno il Pagliani, che possedeva completamente le discipline igieniche ed univa al sapere la fermezza di carattere e l'entusiasmo necessario per tradurre in atto i nuovi principî igienici, ed inaugurò il sistema di difesa che con le modificazioni portate dalle più recenti conquiste della scienza vige tuttora, e che ha per fine di tutelare la salute pubblica, risparmiando al commercio ogni inutile intralcio di ogni spesa non necessaria.

Le misure sanitarie ora variano a seconda dei casi, e sono determinate, non dalle condizioni sanitarie del porto di partenza, ma dalle condizioni della nave durante il viaggio ed all'arrivo.

Qui l'oratore spiega quali sono i provvedimenti che si prendono nei casi più comuni, che si limitano alla visita medica delle persone esistenti a bordo ed eventuale vigilanza di esse per 5 giorni, senza vincolo alcuno per la libertà personale delle medesime, ed alla disinfezione di tutti gli indumenti personali e dell'acqua di sentina, alla visita medica delle persone esistenti a bordo ed eventuale vigilanza su di esse per cinque giorni senza vincolo alcuno alla libertà personale delle medesime, tranne che nei casi più gravi, cioè quando si siano avuti malati di colera a bordo da meno di 7 giorni, nel qual caso i passeggieri sono trattenuti in osservazione per 5 giorni, o a bordo della nave o in locale idoneo.

Queste misure ebbero ottimo effetto nel 1910 e nel 1911, quando ripetutamente si ebbero arrivi di navi infette. Mai si ebbe diffusione del morbo, anzi si potrà dimostrare che l'epidemia colerica di Genova non ebbe origine nel porto, raramente il colera vi fu importato per via di mare, e tosto spento, e che ben più frequentemente il colera arrivò a Genova per via di terra; infine che in ogni caso il colera non è mai trasportato dalle merci, bensì dalle persone.

Passando alla spiegazione dei provvedimenti contro la peste, l'oratore espone le più moderne nozioni scienifiche sull'origine e sul modo di diffusione della malattia che hanno fatta enunziare dal Koch la definizione che la peste è una malattia dei topi, la quale occasionalmente passa anche all'uomo, sia direttamente mediante contatto, sia indirettamente mediante il veicolo delle pulci. Questo modo di diffusione, però, l'oratore in base alla sua esperienza personale, ritiene rarissimo. Talora, ma più raramente e con minore importanza, si sono verificate diffusioni dirette tra gli uomini, in ispecie per la forma pneumonica. Questi concetti hanno gettato luce vivissima sulla facilità con la quale la peste è trasportata da porto a porto anche a grandissime distanze senza l'intervento di persone ammalate, e penetra invece lentissimamente nell'interno dei continenti, sicchè può dirsi che è propagata esclusivamente dal commercio marittimo. Essi ci hanno pure illuminato sui migliori sistemi di difesa da adottarsi. In grazia a questi, mentre disgraziatamente in altri porti si ebbero diffusioni di peste tra gli uomini, in quello di Genova mai

se ne ebbero, non ostante che due volte entrassero navi con malati a bordo, e ben 8 volte dal 1903 si avessero a verificare epizoozie tra i topi, in causa della peste.

L'oratore descrive in modo particolare la vigilanza permanente che si eseguisce sui topi che vengono catturati sulle navi e sulle banchine e nei magazzini del porto ed i provvedimenti presi in ogni caso di constatata epizoozia, che ebbero così buoni risultati, con minima spesa e minimo danno pei proprietari delle merci.

Rileva anzi che per necessità di cose si dovettero semplificare i processi profilattici e passare dalle misure rigorose applicate con scientifica precisione nella prima epizoozia del 1903 a misure sempre più spiccie e meno costose nelle epizoozie successive, a condizione di rispettare le necessità assolute di evitare il trasporto di topi o morti o vivi assieme alle merci.

L'oratore espone quali sono i bisogni del porto, onde l'opera di profilassi venga ad essere sempre più sicura, la necessità dell'impianto, a cura del Consorzio pel porto, di un forno distruttore delle immondizie, sull'esempio di quanto già fece la Camera di commercio nel Porto Franco, e la sistemazione di pavimenti idonei nei magazzini, resistenti e sicuri contro la penetrazione dei topi.

Egli osserva in fine che, se ormai si può impedire la propagazione delle malattie esotiche, ciò lo si deve alla dottrina, alla scienza, alla batteriologia, e che nella scienza debbono confidare non solo coloro che hanno la tutela della salute pubblica, ma anche coloro cui è affidata la tutela della ricchezza nazionale.

VARIA

La riforma dell'insegnamento medico in Francia. — I professori « aggregati » si reclutano in Francia per pubblico concorso e restano in carica nove anni, dopo di che, se non sono stati promossi titolari, cessano dall'insegnamento.

Contro l'aggregazione i medici pratici francesi formulano da tempo molte e vivaci accuse. Indichiamone alcune:

I concorsi vengono banditi pro forma; i candidati risultano in seguito ad una lotta d'influenze tra i vari commissari o per l'onnipotenza di un solo; una volta nota la Commissione, si possono designare, quasi a colpo sicuro, coloro che risulteranno (lo dimostrò uno scandalo promosso da Huchard).

Una volta conseguita la nomina, la posizione degli *agrégés* resta troppo precaria; invece di perfezionarsi nell'insegnamento e nella clinica, a vantaggio degli studenti, essi si chiudono nei laboratori e nelle biblioteche, per accumulare i così detti « lavori originali »; preoccupati del loro avvenire, sacrificano quasi sempre indipendenza e dignità, piegano la schiena ai titolari che potranno essere loro tutori o loro esaminatori.

Le nuove generazioni di medici vengono a scapitare non poco da un tale stato di cose.

In teoria, tutti i medici possono concorrere all'aggregazione; ma i fatti stanno a dimostrare ch'è inutile presentarsi, quando non si è beniamini di qualche commissario.

Il risentimento e l'acredine dei medici pratici francesi contro l'istituto dell'aggregazione son giunti al segno da esplodere nei noti incidenti degli ultimi esami, durante i quali furono lanciati contro i commissari proiettili eterogenei e si rese necessario l'intervento della polizia.

Nel suo celebre libro « Le milieu médical et la question médico-sociale » il prof. Grasset — che i medici pratici della Francia meridionale rispettano e venerano quasi come un sovrano della medicina, malgrado le sue idee spiritualiste — ha osato compiere una strenua difesa dell'aggregazione, affrontando le ire, le critiche ed i motteggi di tutta la classe.

Egli spiega il risentimento dei medici pratici contro l'aggregazione attribuendolo ad una nuova psico-nevrosi, l'anisofobia o, se si vuole, la meizofobia. Il « Policlinico » se n'è occupato, traendone lo spunto per una digressione medico-sociale.

Secondo il Grasset, i medici francesi si illudono di poter ovviare agli inconvenienti che essi credono di dover deplorare, sostituendo all'aggregazione il docentismo privato, quale vige in Germania ed in Italia. Non sanno che in questi paesi l'istituzione è molto decaduta!

Il vero rimedio invece consisterebbe, secondo lui, nell'inculcare ai medici un più giusto concetto delle differenze che debbono necessariamente intercedere tra gl'individui!

Dunque non tutti i medici dovrebbero aspirare all'aggregazione e ritenersene meritevoli.

Il Grasset riconosce molti degli inconvenienti segnalati: ma ritiene che per ovviarvi non occorra affatto abolire l'aggregazione, che pure tanti vantaggi presenta; basterebbe istituire, accanto al Consiglio superiore dell'Istruzione pubblica ed ai Consigli ed alle Assemblee di Facoltà, costituiti eslusivamente da professori, un Comitato semplicemente consultivo, costituito da professori e da medici pratici, eletti rispettivamente dalle Facoltà e dalle corporazioni mediche, per discutere insieme le questioni che interessano l'insegnamento e la professione e proporre le riforme opportune.

Ci sembra difficile che la diagnosi posta dal Grasset e la cura anodina da lui patrocinata valgano a soddisfare i medici francesi.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che libri pervenuti in dono alla Redazione)

R. RUGE u. M. zur WERTH. **Tropenkrankheiten und Tropenhygiene.** 1 vol. in 8 gr. di pag. 462 con 201 incis. Leipzig 1912. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Prezzo M. 13; rilegato M. 14.20.

Il medico moderno può dire con intenzione: « nihil morbi est alienum a me ».

Mai prima d'ora il suo sguardo aveva spaziato su di un così vasto orizzonte; egli deve apprendere oggi a riconoscere e differenziare un numero ingente di malattie endemiche di vari paesi, penetrare addentro nel sottile processo della loro patogenesi, valutare le risorse terapeutiche e profilattiche che vi si possono opporre.

Il lavoro che presentiamo ce ne offre una prova. Esso infatti non s'indirizza agli studiosi specialisti, non ai medici della marina o delle colonie, ma a tutti i medici, od almeno a quelli fra essi — e sono molti — i quali intendono mantenersi edotti dei progressi compiuti nei varî rami della medicina.

Il lavoro assume tanto maggiore interesse, in quanto molte malattie dei paesi caldi sono state riconosciute tra noi e su di esse converge l'attenzione di tutti i medici; in quanto l'avvenire politico ed economico degli europei stabiliti nella zona paraequatoriale — che raccoglie tanta parte della nostra emigrazione ed in cui si è ora esteso il nostro dominio coloniale — dipenderà dall'esattezza con cui verranno riconosciute e dal vigore con cui verranno debellate molte malattie che intristiscono le razze indigene e rendono pericoloso il soggiorno in quelle regioni per le razze incivilite.

Gli AA. erano preparati a redigere questo lavoro, poichè hanno dimorato per lunghi anni nell'Africa tedesca ed hanno compiuto interessanti studi sulla medicina tropicale. Le pubblicazioni di Ruge sulla malaria sono tra le più apprezzate.

Il lavoro si limita alle notizie essenziali, praticamente utili; è chiaro e riassuntivo.

S'inizia con un esteso capitolo sull'igiene, la cui importanza nella lotta contro le malattie tropicali emerge sempre meglio. Questo capitolo è dovuto a zur Werth.

Segue la descrizione delle singole malattie. Ruge tratta di quelle interne, zur Werth di quelle esterne.

Pure insistendo sulle nozioni patogenetiche, etiologiche ed anatomo-patologiche, il cui interesse è così vivo per quanti sono dotati di curiosità scientifica, gli AA. consacrano le maggiori cure all'esame clinico delle malattie ed ai mezzi diagnostici, tra cui occupano un posto sempre più importante le risorse di laboratorio; tra queste scelgono le più semplici, alla portata del pratico (il quale deve spesso contentarsi d'installazioni rudimentali). Grande sviluppo assegnano anche alla terapia, che nel campo della medicina tropicale ha riportato di recente brillanti successi.

Da ultimo Ruge si occupa delle malattie cosmopolite, o meglio non localizzate ai tropici nè alle regioni circostanti, ma rileva i caratteri speciali che assumono nei paesi caldi.

Il lavoro è largamente corredato di fotografie e disegni, che rendono l'aspetto clinico delle malattie, la morfologia degli agenti patogeni, i caratteri esterni e l'istologia delle lesioni. Alcune carte indicano la diffusione geografica delle malattie principali.

L. VERNEY.

M. PENNETTA. **Le forme cliniche dell' epatite suppurativa.** Stabilimento Tipografico Alighieri, Bari, 1912.

L'A. si propone di studiare l'epatite suppurativa nelle sue forme cliniche riunendo non solo quanto nei trattati conosciuti è stabilito, ma « tenendo conto dei più recenti studi speciali, in modo da dare un'idea di tutto ciò che fino al momento in cui si scrive ha stabilito la scienza, vagliando con la prova clinica le nozioni già acquisite ed aggiungendone eventualmente delle nuove con i mezzi di cui continuamente s'arricchisce l'indagine ».

Lo studio clinico dell'A. è ordinato; il libro costituisce una nitida rivista, utile a chi non abbia la possibilità di ricorrere ad una biblioteca ben fornita o non possa, per necessità di cose, avere familiarità con quanto nei periodici scientifici è sparso.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le specialità farmaceutiche.

Un distinto collega, cui le cure ed i disagi della condotta non hanno fortunatamente fatto perdere tutti gli ideali della nostra professione, mi scrive una bella ed arguta lettera sopra un argomento che in questo momento è di grande attualità nella stampa professionale straniera, e disgraziatamente un po' meno in quella italiana, che si risente dello scetticismo che si diffonde da qualche anno in modo poco tranquillante fra i medici del nostro paese; ed è l'argomento delle così dette « specialità farmaceutiche ».

Il dott. Giovanni Marano, medico condotto di Vallecorsa in provincia di Roma (dopo alquante frasi troppo gentili al mio indirizzo che la modestia vuole che io sopprima) si rivolge a me « per sapere se fosse giunta finalmente l'ora propizia in cui per la dignità e l'onore delle discipline mediche, si dovrebbe muovere un caldo appello a tutti i colleghi di medicina onesti, leali, e ardimentosi per arginare la commossa e torbida marea delle così dette *specialità farmaceutiche* che minaccia d'inondarci.

« Non ti sembra che l'industrialismo terapeutico dilagante dovunque nella lussuriosa, impudente *réclame*, distrae le menti dallo studio della dottrina farmacologica, e le avvilisce e costringe a una fuggevole, sterile attenzione d'una breve nota di azione biologica del farmaco stampata dallo stesso produttore, spesso un semplice industriale, senza titoli scientifici, amalgamata di superficiali nozioni chimiche e farmacologiche, su l'etichetta del flacone, e fra un rotolo di carte che l'accompagna?

« Il medico comincia a trascurar l'arte del ricettare, e il farmacista a trasformarsi in un ozioso bottegaio! Perseguitato dall'orgia clamorosa della *réclame* delle specialità che sovente si suole imporre coll'artificio etimologico di una nomenclatura esotica, il medico è quasi suggestionato a prescrivere il farmaco di fabbrica più nuova e recente, per non aver la taccia di non seguire il movimento scientifico progressivo nelle gazzette di farmacologia, senza finalità precisa, obbiettiva, senza metodo, e convinzione scientifica. Avviene che un medico rischi la propria riputazione presso talune famiglie distinte se quivi non importa la *specialità* di moda più recente.

« Ormai i fecondi dibattiti diagnostici languono accanto al letto dell'infermo, e vengono sostituiti da oziose logomachie terapeutiche intorno a specialità, che ciascun medico difende in nome di una presunta e talvolta bugiarda esperienza personale.

« Ed è inconcepibile, egregio *Cajus*, che questa febbre industriale serpeggi in tutti i laboratorii chimici più o meno autentici, tra i quali ansima lo sforzo nella fabbrica dei medicinali, spesso non dissimili tra loro per la *base* e i *costituenti*, quando da un campo i medici marciano verso il nichilismo terapeutico, e dall'altro le forze si adunano, e si orientano verso le indagini e conquiste recenti nella siero ed opoterapia dei morbi. Io vorrei che a frenare questo mercimonio il monito partisse dal *Policlinico*, ch'è la rivista scientifica più familiare ai medici d'Italia, e che feconde lotte impegna nel campo professionale.

« Della grave questione parmi possano con vantaggio occuparsi anche le istituzioni degli Ordini dei medici e dei farmacisti, boicottando la merce delle specialità ingombranti, e autorizzando l'esperimento e l'uso di medicinali che già abbiano ottenuto il rigoroso obbiettivo e diuturno controllo della clinica, o di commissioni speciali.

« Alla mia voce modesta e fioca si unisca la tua, egregio *Cajus*, robusta e più autorevole come adusata al lungo esercizio, affinchè venga attentamente ascoltata ».

Non c'è bisogno, caro collega Marano, della mia voce che è così poco autorevole e s'è oramai affiochita a furia di predicare al deserto. Sono le vostre voci, o onesti e modesti medici pratici dei piccoli centri, che vivete lontani dai focolari di corruzione creati dall'industrialismo moderno, sono le vostre voci che debbono parlare alto e da esse deve venire quel severo ammonimento che suonerà amaro a parecchi grossi papaveri della professione, i cui nomi sono stampati a caratteri di similoro sulle etichette multicolori delle bottiglie e delle scatolette dei diversi elisiri di lunga vita che si spacciano sul mercato farmaceutico.

La moralizzazione della nostra vita professionale è nelle vostre mani; essa salirà dal basso all'alto della scala della gerarchia professionale, la quale troppo spesso è disposta in ragione inversa di quella della coscienza professionale.

Doctor CAJUS.

Ordine dei medici di Roma. — Domenica 26 corrente alle ore 9 in Castel Sant'Angelo avrà luogo l'adunanza generale ordinaria dell'Ordine dei medici della provincia di Roma. In essa si procederà alle elezioni per la nomina del Consiglio amministrativo, in luogo dei membri attuali dimissionari (Amico Bignami, Alfredo Garofalo. Ernesto Venere, Ulisse Malusardi, Augusto Giannelli, Giulio Impaccianti e Ugo Mariotti).

Sappiamo che il chiarissimo prof. Amico Bignami che presiedette l'Ordine nel primo suo periodo di funzionamento ha dichiarato di non volere essere rieletto, e ciò ha addolorato quanti hanno ammirato il modo equanime ed elevato col quale egli ha compiuto il suo ufficio per un tempo disgraziatamente troppo breve.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3594) *Se esista incompatibilità fra la carica di medico condotto, Ufficiale sanitario e Direttore di Ospedale.* — Il Dott. E. R. da P. desidera conoscere se esista incompatibilità fra la carica di medico condotto, di ufficiale sanitario e di direttore di ospedale amministrato dalla Congregazione di Carità.

La carica di ufficiale sanitario è incompatibile con quella di medico condotto, nei Comuni ove risiedano liberi esercenti, e ciò in forza dell'articolo 18 del Testo unico delle leggi sanitarie. Non crediamo che sia incompatibile l'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario con quello di direttore di ospedale, perchè l'ufficiale sanitario essendo libero esercente può esplicare la sua attività professionale come meglio crede, sempre che non venga perciò meno agli obblighi verso il Comune.

Il medico condotto può essere direttore dell'ospedale, sempre che non vi si opponga speciale disposizione contraria del capitolato.

(3596) *Cura trovatelli — Ispezioni carni macello.* — Il Dott. R. L. da P. chiede conoscere se essendo obbligato per capitolato a curare gratuitamente i trovatelli affidati a famiglie povere, gli spetti, e, nella affermativa da chi, pagamento per la cura di quelli affidati a famiglie agiate, e se, mancando il veterinario comunale, possa l'ufficiale sanitario rifiutarsi alla visita delle carni da macello e, subordinatamente, se per tale servizio abbia diritto a compenso ed a chi possa rivolgersi, in caso di rifiuto per ottenerlo.

Poichè il capitolato Le fa obbligo di curare gratuitamente i soli trovatelli affidati a famiglie comprese nell'elenco dei poveri, è naturale che abbia diritto a compenso per la cura di quelli affidati a famiglie agiate.

Tali famiglie restano esse per proprio conto obbligate al pagamento, come se si trattasse di persona loro congiunta per vincolo di sangue. In caso di rifiuto dovrà adire l'autorità giudiziaria, non oltre il triennio. L'ufficiale sanitario non può, mancando il veterinario, rifiutarsi alla ispezione delle carni da macello, e ciò ai sensi dell'articolo 8 del regolamento 3 agosto 1890, n. 7045, rafforzato dagli articoli 16 e 51 lett. *G* del medesimo. Ha diritto ad indennità per mezzi di trasporto, trovandosi il macello distante tre chilometri dall'abitato.

(3597) *Pensioni — Liquidazione.* — Il Dott. P. C. da C. D. L. chiede conoscere la data della decorrenza del diritto a pensione e quale pensione potrà ottenere collocandosi ora a riposo, od a 61 anno di età. Ha versato contributo plurimo per dieci anni.

Il diritto a pensione comincia a decorrere per Lei dal 1° gennaio 1886. Ora conta 28 anni di servizio. Liquiderà annue lire 1304.26. Con 61 anno di età liquiderà, invece, la pensione di lire 2155.66.

(3599) *Infortunii. Prime immediate cure.* — Il Dott. C. D. C. G. da C. avendo operato riduzione e bendaggio di una coscia fratturata in un infortunio chiede se debba essere pagato dall'Impresa dei lavori o da chi.

L'impresa dei lavori è obbligata a pagare le sole prime ed immediate cure e non possono essere certamente ritenute tali quelle da Lei prestate all'infortunato. Il pagamento deve essere pertanto a Lei fatto dalla famiglia dell'infermo, sempre che questa non sia compresa nell'elenco dei poveri.

(3600) (*Referto. Fondamento giuridico dell'art.* 439 *del codice penale.* — Il Dott. G. A. da V. chiede conoscere su quale fondamento giuridico si fondi l'obbligo del referto, prescritto dall'articolo 439 del codice penale, sembrandogli odiosa la disposizione a riguardo dei medici.

Il fondamento giuridico su cui si posa il disposto dell'articolo 430 del codice penale si è l'obbligo di tutti a concorrere per la scoperta a la persecuzione dei delitti, che offendono l'ordine sociale. Esso è imposto più specialmente agli esercenti l'arte salutare appunto perchè costoro, nell'esercizio della loro professione sono messi, a preferenza di altri, in condizione di adempiervi.

Non riteniamo sia poi odioso compiere atto che ridonda a vantaggio della società ed a solo danno di coloro che con male arti tentano perturbarla, sconvolgendo le basi della civile convivenza, che impongono il rispetto della integrità ed incolumità di tutti i cittadini.

(3601) *Ordine dei sanitari - Facoltà.* — Il Dottore L. D. A. da A. D. P. chiede se il regolamento interno formulato dal Consiglio amministrativo dell'Ordine possa imporre norme circa l'esercizio professionale e se i trasgressori sieno passibili delle pene sancite dall'articolo 36 del Regolamento.

Il Consiglio amministrativo di ciascun Ordine per l'articolo 36 del Regolamento approvato con R. Decreto del 12 agosto 1911, ha facoltà di stabilire un regolamento interno per l'esercizio delle attribuzioni previrte dall'articolo 8 della legge e, cioè, fra l'altro, per vigilare sulla conservazione del decoro dell'Ordine. Legittimo è, quindi, il divieto fatto di concludere contratti *a forfait* per

cura di intere famiglie, se il Consiglio ritenne che tali contratti menomassero la dignità ed il decoro dell'Ordine. Senza, però, discutere sulla opportunità e convenienza intrinseca della disposizione, che riportò l'approvazione del Consiglio Superiore di Sanità, conviene osservarla ed i trasgressori si rendono indubbiamente passibili delle pene disciplinari sancite dall'articolo 36 del precitato regolamento.

(3602) *Pensioni - Interinato - Stabilità.* — Il Dott. M. C. da S. C. chiede conoscere se iscrivendosi ora alla Cassa pensioni possa riscattare sette anni di interinato e se tale periodo di interinato possa essere computato nel periodo di prova avendo conseguito, ora nomina regolare in base al concorso.

I sette anni di interinato, durante i quali non ha pagato contributo non possono essere riscattati, tranne che non credesse avvalersi della legge sulla pensione dei medici anziani, che a Lei, secondo noi, non può convenire. I detti sette anni valgono, però, pel computo del biennio di prova necessario per lo acquisto della stabilità.

(3604) *Aumenti sessennali - Se sono un diritto - Se possono avere un effetto retroattivo.* — Il Dottore F. F. da S chiede conoscere se può obbligare il Comune ad iscrivere nel capitolato il diritto ad aumenti sessennali e se essi hanno effetto retroattivo.

Obbligare non può, perchè l'accordarli non è dovere, ma facoltà del Comune. Quando sono stabiliti non hanno effetto retroattivo salvo il caso di speciale disposizione transitoria.

(3605) *Ufficiale sanitario - Nomina provvisoria - Effetti.* — Il dott. G. L. da G. essendo provvisto di titoli speciali per studi d'igiene ed essendo provveduto di nomina provvisoria ad ufficiale sanitario desidera conoscere se dopo un biennio di servizio possa essere dichiarato stabile.

L'ufficiale sanitario incaricato provvisoriamente non acquista mai la stabilità, tranne che, se non eserciti contemporaneamente le funzioni di medico condotto, abbia prestato servizio per tre anni consecutivi prima dell'attuazione della legge 25 febbraio 1904, n. 57. L'incarico provvisorio sussiste fino a quando non venga definitivamente sistemata la circoscrizione sanitaria e la nomina del funzionario mediante concorso.

(3607) *Biennio di prova - Computo.* — Il Dottore G. C. da S. S. chiede conoscere se il congedo ordinario e straordinario si computa nel biennio di prova e quando egli diventa stabile.

Il congedo ordinario e straordinario non interrompe il biennio di prova. Ella quindi non potrà essere più disdettato dopo il giorno 5 del p. v. mese di febbraio.

(3609) *Dimissioni - Ritiro.* — Il dott. F. O. da V. chiede conoscere se le dimissioni date ed accettate dell'amministrazione possono essere ritirate prima che la deiberlazione relativa sia diventata esecutiva.

Le dimissioni date ed accettate non possono essere più ritirate. Quando la deliberazione di accettazione fosse annullata per vizio di forma potrebbero le dimissioni essere, secondo noi, ritirate prima che il Consiglio comunale si pronunzi novellamente su di esse.

(3610) *Cure ipodermiche - Infortuni - Elenco dei poveri.* — L'abbonato 8879 chiede conoscere: 1° Se sia obbligato a fare le iniezioni ipodermiche ad anemici; 2° Se e da chi deve essere pagato per le cure che presta ad operai forestieri in caso di infortunio; 3° Se vi sia ricorso ed a chi per la indebita iscrizione di famiglie povere nello elenco.

L'anemia è per sè stessa una infermità. È, quindi, obbligato il medico condotto a praticare gratuitamente le iniezioni ipodermiche in tali casi. Se non trattasi di prime ed immediate cure, la cui spesa va a carico dell'esercente impresa, il medico che presta la sua opera ad un infortunato, a qualsiasi luogo egli appartenga deve essere pagato da lui. Contro la deliberazione del Consiglio comunale che riflette l'elenco dei poveri non vi è altro ricorso in via gerarchica.

(3612) *Medicinali - Doppio elenco.* — Il Dottore P. G. da S. F. desidera conoscere se debbasi fare un doppio elenco per i poveri ammessi a cura gratuita e per quelli ammessi alla somministrazione gratuita dei medicinali e se, in caso che il doppio elenco non sia ammesso a chi si possa ricorrere.

L'elenco che debbono compilare i Comuni è unico, come chiaramente si deduce dallo articolo 62 del regolamento sanitario in cui è detto: *i Comuni sono tenuti a somministrare gratuitamente i medicinali a tutti i malati poveri ammessi alla cura gratuita.* Per far abolire il doppio elenco sarà bene informare del fatto il medico provinciale.

(3614) *Ufficiale sanitario - Disimpegno provvisorio delle funzioni di medico condotto.* — Il Dottore G. P. da P. chiede conoscere se possa essere dispensato dalle sue funzioni l'ufficiale sanitario che assuma temporaneamente anche la carica di medico condotto, per la morte del titolare.

Effettivamente, stando in paese altri liberi esercenti, il cumulo delle due funzioni non potrebbe essere consentito. Però all'uffleiale sanitario dovrebbe essere tolto l'ufficio di medico condotto, che ha avuto dopo e precariamente, e non quello per cui trovasi regolarmente nominato fin da quando non esisteva incompatibilità di sorta. Lo si dovrebbe obbligare a rinunziare al secondo incarico facendo in modo che altro sanitario assuma l'ufficio di condottato. La visita compete all'ufficiale sanitario.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALBAREDO D'ADIGE (*Verona*). — Condotta del secondo riparto; L. 3500 pei poveri (circa 700 su 2100 abit.); obbl. cavalc., mese congedo. Scadenza 10 febbraio.

ANDEZENO (*Torino*). — Condotta; L. 1200, L. 100 quale uff. sanit. e L. 450 per la cura dei poveri corrisposte dalla Congregazione di carità. Scadenza 31 gennaio.

ARQUÀ PETRARCA (*Padova*). — Condotta; L. 3000 e tre sessenni, lorde; L. 200 quale uff. san.; L. 500 per obbl. cav.; abit. 1792 dei quali due terzi a cura gratuita. Scad. 31 gennaio.

BOGNANCO SAN LORENZO (*Novara*). — Condotta piena; ab. 638; L. 4000, alloggio e giardino. Rivolgersi Istituto Galletti, Domodossola (Novara). Scad. 31 gennaio.

BOSNASCO (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3300 lorde aument. Ab. 1032, Proroga al 31 gennaio.

BOTTICINO SERA (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000, abitanti 2194. Scade 13 febbraio.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Concorso per titoli a medico assistente. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 gennaio.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). — Condotta; L. 3000 pei poveri, L. 500 trasporto, L. 200 uff. san., tre sessenni; ab. 2648. Scad. 31 gennaio.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — Condotta: L. 3000 pei poveri; aumentabili a L. 4200; L. 600 mezzi di trasporto. Scade 20 febbraio.

CAVAGLIO D'AGOGNA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 2011 agglomerati in pianura. Stipendio L. 3200 lorde e conveniente alloggio con giardino. Scadenza 6 febbraio.

CERRO TANARO (*Alessandria*). — Condotta; L. 1500 lorde pei poveri; ab. 1209. Scad. 31 genn.

CHERASCO (*Cuneo*). — Condotta per le fraz. oltre Stura; L. 1600; obbl. cavalc. e residenza in una frazione. Scad. 31 gennaio.

* CONTIGLIANO (*Perugia*). — Condotta rurale; L. 2600 pei poveri, L. 660 per gli abbienti, con due sessenni. Ab. 3780, di cui 400 al centro, tutti gli altri in piccole borgate e casolari; due condotte, con servizio alterno. Scad. 30 giorni dal 31 dicembre.

CORBOLA (*Rovigo*). — Condotta; L. 2500 pei poveri, L. 250 uff. san., L. 500 cavallo, alloggio con adiacenze, 3 sessenni, abitanti 4300 con 1500 poveri. Scade 31 gennaio.

CORDENONS (*Udine*). — Condotta piena del 2° riparto; L. 3750 lorde e due sessenni; L. 200 per supplenza al medico al 1° riparto. Scad. 12 febbraio.

FIRENZE. *Manicomio provinciale.* — Medico primario e tre medici ordinari. Vedi fasc. 2. Scadenza 31 gennaio.

FIRENZE. — *R. Ospedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* Medico chirurgo assistente; L. 1200 con ritenuta di R. M. Nomina biennale, conferma biennale. Titoli ed esami. Scad. ore 17 del 31 gennaio.

* FOSSOMBRONE (*Pesaro*). — Condotta piena; L. 3200 lorde; tre sessenni; L. 700 per cav., L. 200 pel congedo ordinario. Riducibile a residenziale (L. 2830 pei poveri). Scad. 10 febbraio.

LOREO (*Rovigo*). — A tutto gennaio concorso a medico della prima condotta; L. 3800, per soli poveri. L'eletto potrà aspirare alla nomina di ufficiale sanitario retribuito con l'assegno annuo di L. 200. Rivolgersi al Municipio.

MARCIANO (*Livorno*). — Condotta per Poggio; L. 3000 nette Scad. 31 gennaio.

MASERA (*Novara*). — Condotta piena; L. 3250 lorde di R. M.; ab. 1061; alloggio; tre sessenni; L. 100 se uff. san. Scad. 28 febbraio.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). Condotta piena; L. 2200 e L. 100 quale uff. san. Scad. 10 marzo.

MOLVENA (*Vicenza*). — Condotta piena. Popolazione 2653. Stipendio lordo L. 4300. Esonero dall'obbligo cavalcatura. Il concorso medico è prorogato a tutto il 15 febbraio.

* NEMBRO (*Bergamo*). — Due condotte piene; L. 4000 ciasc. e L. 200 all'uff. san. Scad. 31 gennaio.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente; L. 1400 lorde, stanza con l'obbligo di pernottarvi e medaglia di presenza di L. 5 per ogni servizio di guardia (di 24 ore). Età massima 30 a. Scad. ore 17 del 5 febbr.

PERINALDO (*Porto Maurizio*). — Condotta piena ed uff. san.; arm. farm.; L. 3000. Scad. 10 febb.

REGGIOLO (*Reggio Emilia*). — Condotta pes Brugneto; L. 3200 lorde pei poveri e L. 200 se incaric. assistenza all'Ospedale; età limite 45 anni. Scad. 30 gennaio.

ROBELLA (*Alessandria*). — Condotta; L. 2700 e L. 300 di supplenza se a carico del sanitario. Ab. 1345. Scad. 2 febbraio.

SANTA MARGHERITA D'ADIGE (*Padova*). — Condotta libera; L. 3700 lorde e tre sessenni, alloggio del valore di fitto di L. 800. Scadenza 20 gennaio.

SOLTO (*Bergamo*). — Condotta consorziale; L. 4500, cura piena. Scade 15 febbraio.

SPEZIA. *Ospedale Civile di Sant'Andrea.* — Fino al 31 gennaio 1913 concorso per titoli a chirurgo primario; L. 3000 e compartecipazione agli utili in ragione del per cento sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'ufficio di segreteria.

VAILATE (*Cremona*). — Condotta piena; L. 3900 nette di R. M.; direzione dell'Ospedale. Ab. 3400. Scad. 31 genn.

VIGEVANO (*Pavia*). — *Consiglio Amministrativo degli Ospedali e Istituti annessi.* Secondo chirurgo assistente; L. 1400. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione amministrativa del Consiglio

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Castelbellino e Fabriano [per S. Donato] (Ancona), Vailate (Cremona), Lomello (Pavia), Caravaggio (Bergamo),

Sandrigo, Asiago, San Pietro Val d'Astico, Lastevasse, Rozzo, Valli dei Signori (Vicenza), Roccaforte del Greco (Reggio Calabria), Civitella di Romagna (Forlì), Morlupo, Fumone e Rocca di Papa (Roma), Occhiobello (Rovigo), Cesena e Chiusi (Siena), Monte Ottone, Ortezzano e San Elpidio a Mare (Fermo), Foiano della Chiana) (Arezzo), S. Angelo in Pontano (Macerata), Bentivoglio (Bologna).

Revoca di diffide: Arquà Petrarca, e San Stefano d'Aveto (Padova), Monte San Martino (Macerata), Borgofranco Po (Mantova), Morazzone (Como), Paolo e S. Domenico Talao (Cosenza).

Ci si comunica:

« Il Consiglio di Presidenza della Sezione Monzese dell'Associazione nazionale dei medici condotti informa tutti i colleghi che, persistendo le cause che lo hanno provocato, si mantiene il *boicottaggio* al concorso della condotta medica consorziale Vimercate-Ruginello-Ospedale Vimercate, qualora prossimamente venisse di nuovo emesso dalla Rappresentanza consorziale.

Monza, 13 gennaio 1913.

P. il presidente, il segretario: dott. Achille Casati ».

Società Italiana di laringologia, otologia e rinologia. — Regolamento per un *Concorso a premio* istituito dalla Cassa di risparmio di Milano per incoraggiamento agli studi sull'igiene e profilassi delle prime vie del respiro e degli orecchi.

Art. 1. — È bandito un Concorso con premio di L. 1000 per un lavoro originale sull'igiene e profilassi delle prime vie del respiro e degli orecchi.

Art. 2. — Possono concorrervi tutti i medici-chirurghi regnicoli.

Art. 3. Il tema stabilito dalla Commissione è il seguente: *Profilassi della sordità nei bambini.* Il tema dovrà essere svolto dal lato etiologico, anatomo-patologico, sintomatologico e terapeutico.

Art. 4. — Il Concorso scade il 31 ottobre 1913, alle ore 24. Il lavoro deve essere dattilografato e consegnato per tale epoca al Presidente della Società Italiana di laringologia, otologia e rinologia, dott. P. Putelli, Calle del Ridotto, 1389, Venezia.

Art. 5. — L'autore dovrà segnare il suo lavoro con un motto che sarà ripetuto in busta chiusa unitamente al suo nome cognome e indirizzo.

Art. 6. — I lavori saranno esaminati da una Commissione costituita da tre membri nominati dalla Presidenza della Società. Di tale esame sarà fatta una relazione che sarà resa di pubblica ragione.

Art. 7. — La memoria premiata resterà di proprietà della Società, che ne potrà curare la stampa, riservando in tal caso all'autore 50 copie.

Art. 8. — L'autore premiato dovrà, prima di conseguire il premio, formulare in un riassunto il risultato delle sue osservazioni, esponendole in forma piana e accessibile anche a persone profane all'arte medica. Tale riassunto, approvato dalla Commissione, dovrà avere lo scopo di diffondere fra le classi operaie, col concorso di qualche Opera Pia, cognizioni igieniche atte a combattere inveterati pregiudizi e a prevenire le principali cause di sordità.

Nomine, promozioni ed onorificenze.

Ordine della Corona d'Italia.

Ufficiali: prof. Ciorà Antonio, di Milano, docente di ginecologia a Genova.

Cavalieri: dott. Gubetta Camillo, di Craveggia (Novara); dott. Morselli Giovanni, dirigente agli stabilimenti Erba di Milano; dott. Perinetti Enrico, direttore dell'Ospedale civile di Fiorenzuola d'Arda (Piacenza).

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavaliere: prof. comm. Alfonso Giordano da Lercara.

Nella Croce Rossa Italiana.

Il dott. Ferrari Alcide con Decreto del 1° novembre 1912 è stato promosso al grado di capitano.

BOLOGNA. — Il dott. Pazzi Muzio è autorizzato a trasferire da Genova a Bologna la libera docenza in clinica ostetrica e ginecologica.

CATANIA. — Il dott. D'Urso Angelo è abilitato alla libera docenza in anatomia umana normale.

Il laureando Tedesco Giuseppe è nominato assistente in clinica chirurgica.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Candela Mercurio in patologia speciale medica; Capaldo Francesco e Pinaroli Guido in oto-rino-laringoratria.

PARMA. — Sono nominati: il dott. Colombo Gian Luigi aiuto e il dott. Prevedi Guido assistente in clinica oculistica.

PISA. — Il dott. Sertoli Alfonso è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

PADOVA. — Il prof. Salvioli Ignazio, ordinario di patologia generale, è nominato preside della Facoltà di medicina e chirurgia.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Megardi Angelo in clinica oculistica; Farini Alberto in patologia speciale medica.

PARMA. — Il dott. Bacchi Brunetto è abilitato alla libera docenza in medicina legale.

Il dott. Tanzi-Marlotti Bruno è nominato assistente in clinica medica generale.

PAVIA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Marcora Ferruccio in patologia speciale medica; Verdelli Giuseppe in clinica ostetrica e ginecologica.

PISA. — Il dott. Pelluzzi Giov. Battista è incaricato dell'insegnamento di medicina legale agli studenti di medicina.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Bernardi Giuseppe in patologia speciale chirurgica; Vignolo Quinto in clinica chirurgica.

Sono nominati i dottori: Niosi Francesco aiuto, D'Agato Giuseppe e Duranti Luigi assistenti in clinica chirurgica.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Ortali Cesare in patologia speciale medica; Torrini Umberto in oto-rino-laringoiatria.

TRIESTE. — Il dott. Costantini, proto-fisico della città di Trieste, è stato eletto membro ordinario del Supremo Consiglio sanitario, per il periodo di funzione 1913-15.

NOTIZIE DIVERSE

La nuova sede del Pio Istituto Bassini

venne inaugurata a Milano il 12 gennaio.

Alla cerimonia conferivano solennità S. A. R. il Conte di Torino, S. E. l'on. Falcioni, che rappresentava il Governo, il preside della facoltà medica di Padova, numerosi senatori, deputati, colleghi, allievi ed ammiratori dell'eminente clinico chirurgo di Padova.

La cerimonia riusci una glorificazione del grande Maestro e dell'umanitaria istituzione ch'è stata tradotta nella realtà dalla tenacia e dall'operosità fattiva del direttore prof. A. Preto.

Riportiamo alcuni brani di un efficace discorso pronunziato dall'on. Falcioni:

« Ha, ora, sede più bella e degna il benemerito istituto che s'intitola al nome venerato di Edoardo Bassini. E veramente la presenza di lui, del Maestro che all'innata modestia unisce tanto splendore di virtù, rende magnifica e solenne la cerimonia di oggi. Io gli esprimo a nome di tutti i convenuti la più ampia riconoscenza.

Il vecchio soldato, l'eroico superstite di Villa Glori, ha legato il suo nome, oltre che ai fasti della Patria, a una scoperta mirabile, che, sollevando grandi sofferenze, restituisce alla Società forze vive ed operanti.

Nella dotta Padova istruisce alla sua scuola illuminati discepoli che diffondono per l'Italia e per il mondo i suoi insegnamenti.

Mi piace, fra i tanti, ricordare il benemerito direttore di questo istituto, il prof. Annibale Preto, che con entusiasmo di scienziato seppe crearlo attraverso gravi ma nobilissime lotte ed ora assegnargli questa magnifica sede.

Il cuore di Milano non mai chiuso agli egregi propositi, ha risposto al suo appello e ricordo fra tutti la munificenza dello stesso senatore Bassini e il contributo sempre pronto e largo della Cassa di risparmio delle provincie lombarde. Essa, che è l'esponente del benessere di queste regioni, integra i suoi scopi con l'esercizio assiduo, sagace e illuminato della beneficenza

A quanti con aiuti finanziari, con l'opera, col consiglio contribuirono ai felici risultati ottenuti, io mando una commossa parola di ringraziamento.

Onore ad essi che seppero, nel soddisfare a spontanei impulsi germinati nelle coscienze, fornire esempi che mai non andranno dispersi.

Insieme con la soddisfazione dei grandi doveri che andate compiendo un solenne attestato vi compete: è il monumento imperituro che a voi s'innalza nel cuore dei sofferenti ».

Il senatore Bassini rispose ringraziando dell'onore fattogli ed espose la storia della caritatevole istituzione. Poi aggiunse:

« Tutto in Milano assume proporzioni grandi ed armoniche; ho viva fede che questa pia e caritatevole istituzione, della quale inauguriamo oggi la *sede propria*, abbia a seguire la via di ascesa percorsa dalle altre pie istituzioni milanesi.

Auguro a voi del Consiglio amministrativo della nuova Opera pia, della quale siete tanto benemeriti, di vedere la vostra creazione farsi grande, forte, capace di soddisfare alle esigenze contro un malanno diffuso fra le classi lavoratrici, cosi avvilente e dannoso per esse.

I ridonati alla salute ed al lavoro dalla vostra pia Istituzione saranno il vero compenso delle vostre fatiche: daranno profondo intimo compiacimento all'animo vostro.

Io ve lo auguro di tutto cuore. Voi lo meritate ».

***

Il prof. A. Preto direttore dell'Istituto, ha raccolto in un elegante opuscolo tutto ciò che concerne le origini e le fasi attraverso le quali si è realizzato il progetto da lui lanciato sin dal 1900 e tenacemente perseguito.

Il costo della nuova sede, compresa l'area e l'arredo, si aggira intorno alle lire 265,000: vuol dire che ai criteri della praticità e dell'igiene si sono saputi associare quelli dell'economia.

Il progetto – che il Consiglio Sanitario Provinciale approvò con plauso e giudicò un modello del genere — è opera dell'ing. Achille Manfredini, il quale dette la sua cooperazione gratuitamente.

***

Formuliamo l'augurio che il nuovo Istituto giovi di esempio ed abbia un radioso avvenire.

Corso speciale di medicina.

Dal 16 febbraio al 15 marzo sarà tenuto presso i RR. Istituti clinici di perfezionamento di Milano un corso pratico dimostrativo di « Diagnostica e terapia delle malattie interne ».

Il corso sarà dato nei seguenti Istituti:

a) nell'Ospedale Maggiore, con illustrazioni e dimostrazioni dei casi più rari o particolarmente interessanti, tenute dal prof. Bonardi e dai docenti: Boni, Medea, Torri, Tonoli ed « illustrazioni ed esercitazioni anatomo-patologiche » dal direttore dell'Istituto patologico, prof. Zenoni;

b) nella Clinica del lavoro con illustrazioni cliniche del prof. Devoto e dimostrazioni ed esercitazioni di « tecnica medica » (profilassi, diagnostica, radiologia e terapia) dirette dal personale scientifico della Clinica;

c) nell'Ospedale delle malattie epidemico-contagiose dal direttore prof. Polverini con presentazione ed illustrazione delle « forme infettive più importanti ».

Speciali argomenti saranno trattati dai professori: L. Mangiagalli (tubercolosi e gravidanza); R. Galeazzi (rachitismo, deformazioni del torace in rapporto alla diagnostica interna); G. Guerrini (parassitologia medica); S. Belfanti (sierodiagnostica e sieroterapia delle malattie interne); R. Ronzoni (cure moderne della tubercolosi polmonare).

La tassa di iscrizione al corso è fissata in L. 30.

Le domande d'inscrizione debbono essere dirette all'economato degli Istituti clinici di perfezionamento, via Commenda 10-12. Prima dell'inizio del corso gli iscritti hanno l'obbligo di presentare alla segreteria degli Istituti il diploma di laurea o un attestato equivalente.

Il IV Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro

è convocato a Roma dall'8 all'11 giugno e vi saranno svolte le seguenti relazioni: anchilostomiasi (proff. C. Bozzolo e A. Trambusti); le alterazioni del sangue di origine professionale (pro-

fessori C. Biondi e L. Ferrannini); la morbilità e la mortalità infantile in rapporto alle condizioni sociali e alla professione dei genitori (prof. L. Carozzi e G. Finizio); le malattie professionali dei ferrovieri (dott. Fabbri). La segreteria ha sede in Roma, Lungo Tevere Mellini 17.

Per Guido Baccelli.

Al clinico illustre, ch'è ora ospite della capitale francese hanno consacrato articoli di profonda ammirazione la « Tribuna » in Italia e il « Journal des Débats » in Francia.

Il giornale parigino ne tesse la biografia ed esalta le sue alte qualità di scienziato, di uomo politico e di artista; accenna anche alla storia della sua famiglia.

« Questo magnifico romano — aggiunge il *Journal des Débats* — che viene da Roma per lavorare, non ha avuto fino ad oggi il tempo di allontanarsi dalla sua città e giunge come un ambasciatore autentico da Roma a Parigi, ove abbiamo già un ambasciatore italiano il quale è pure un romano di Roma ».

E termina rivelando ai lettori un grazioso aneddoto: il giornale racconta che il vetturino di Roma, il quale vota per Nathan e fa benedire il proprio cavallo e che venera San Pietro e Garibaldi, si scopre il capo ogni volta che vede passare il Viatico, il Re, le Regine, i Principini e Guido Baccelli.

La Clinica medica di Roma al prof. Landouzy.

Come annunziammo, il prof. Guido Baccelli si recò a visitare la Clinica medica del prof. Landouzy e in quella occasione l'insigne scienziato francese lo salutò con parole affettuose e riverenti, mettendo bene in vista tutto ciò che Guido Baccelli ha fatto per lo sviluppo degli studi di medicina.

In segno di riconoscenza è stato spedito da Roma il seguente telegramma al Landouzy:

« Medici e studenti della Clinica medica di Roma inviano a Lei, decoro della Clinica francese, espressione grato animo per degna accoglienza fatta prof. Baccelli, pregandola porgere ai colleghi ed agli studenti di Parigi il nostro cordiale e collegiale saluto ».

Assegnazione di premio.

Il concorso alla borsa di studio Golgi è stato vinto dott. Giovanni Tommasinelli di Parma, laureatosi nello scorso luglio.

Congratulazioni ed auguri.

Beneficenza.

A Como la signora Regina Guarisco ha legato oltre cento mila lire agli scrofolosi ed ai ciechi poveri di quella provincia ed ha soccorso altre istituzioni di beneficenza.

A Milano l'ex pubblicista Felice Cameroni ha legato all'Ospedale Maggiore tutta la sua sostanza, valutata in circa 70 mila lire, destinandola specialmente a favore dei bambini ammalati.

A Langasco di Campomorone la signora Pizzorni Marianna ha lasciato più di 130,000 lire per le vecchie indigenti del Comune.

A Bologna la signora Teresa Roncati ha destinato un cospicuo legato alla Congregazione di Carità di Spilamberto per l'istituzione di un ricovero per i vecchi inabili al lavoro.

La Istituzione Visconti di Modrone

ha pubblicato il resoconto del lavoro compiuto nel 1912. Oltre le sedi centrali di Milano e Grazzano-Visconti, funzionarono le sezioni di Barletta, Brindisi, Crucoli, Flumeri, Ginosa, Metaponto, Rocchetta Sant'Antonio, Rotondella, Sorano e Taranto. Venne inoltre esplicata una limitata attività anche a Nocara, Platì, Presicce, Quaglietta, Riesi, Torremaggiore, Vietri di Potenza. Le Scuole di Grazzano-Visconti, Rocchetta Sant'Antonio, Solito, Metaponto e Ginosa furono frequentate da un numero complessivo di 378 alunni avviati alle arti e ai mestieri o strappati all'analfabetismo.

La lotta contro la malaria e a favore della colonizzazione interna, del rimboschimento e della igiene venne condotta presso tutte le Sezioni fornendo medicinali, chinino, cure ricostituenti, assistenza medica, ecc., ai poveri, specialmente ai bambini ed a coloro che non possono trarre profitto dalla legge sul chinino di Stato.

A diffondere la coltura popolare e le norme igieniche vennero distribuiti 15,000 opuscoli durante l'anno; ammontano a 62,000 nei quattro anni di vita dell'Istituzione.

È stato concretato un programma d'azione per l'anno 1913. Esso comprende la diffusione dei principii elementari di igiene e la lotta contro la malaria.

La profilassi chininica sarà applicata ai soli individui che dalle sedi di Sezioni si recano in località notevolmente più malariche e solo durante la permanenza colà e con riguardo speciale ai fanciulli e a coloro che non sono beneficiati dalla legge sul chinino gratuito. Sarà applicata inoltre a coloro che da località non malariche o poco malariche si trasferissero in località malariche o più malariche comprese nella sfera di una Sezione.

Un ambulatorio gratuito

per le malattie interne, diretto dal prof. Rossoni, è cominciato a funzionare nei locali della Scuola di patologia speciale medica al Policlinico Umberto I. Orario: giorni dispari dalle 8.30 alle 9.30; il mercoledì è riservato alle malattie di cuore.

Pareri su questioni medico-legali.

Il Consiglio della Società di medicina legale nella sua seduta del 27 novembre 1912 ha votato il seguente ordine del giorno:

« La Società di medicina legale dà *pareri su questioni medico-legali*, che eventualmente siano dai soci presentate ».

N. B. — A termini degli articoli 11 e 12 dello statuto della Società sono soci fondatori ordinari e soci ordinari quelli che pagano una contribuzione annua di lire dodici.

Chi aspira ad essere socio può mandare la sua domanda al segretario della Società (Istituto di medicina legale alla « Morgue » in San Bartolomeo all'Isola 21) corredata dagli eventuali titoli.

Il dott. Germini denunciato.

Il dott. Licinio Germini, già medico condotto di Sambuca Pistoiese, venne denunciato per oltraggio al sindaco socialista avv. Aurelio Ballotta del comune di Gavello, dove attualmente egli trovasi quale titolare della condotta medica.

Per l'idroaereoplano Robiola.

Il Comitato centrale per la costruzione dell'idroaeroplano del dottor Robiola si è sciolto; le ragioni di tale fatto vanno ricercate nello scarso interessamento della classe medica italiana, che non ha risposto all'invito del Comitato con lo slancio dovuto. E sì che l'ideale altamente umanitario dell'iniziativa (l'idroaereoplano Robiola per consenso di tecnici data la sua funzione equilibratrice automatica avrebbe risparmiato molte vite di aviatori) e l'amor proprio di classe dovevano promuovere una larga adesione di colleghi.

L'iniziativa non è però completamente abbandonata: solo è mutata la rotta nella propaganda e nella limitazione delle adesioni, *sempre conservando alla classe medica tutto il valore morale dell'iniziativa*. Ecco l'ordine del giorno del Comitato centrale riunito la sera del 17 novembre 1912:

« Il Comitato, mentre si dichiara sciolto, delibera che i vari contributi conglobati, diffalcate le spese, restino a testimoniare il valore morale dell'iniziativa del Corpo medico e autorizza la Presidenza a depositare detta somma in un libretto della Banca Popolare, perchè venga eventualmente consegnata a quel qualsiasi Ente o a quella persona che si assumesse la costruzione dell'idroaereoplano Robiola. È fatta pure facoltà alla Presidenza di restituire la quota, depurata dalle spese a quei sottoscrittori che, non entrando nell'ordine di idee suesposte, ne facessero richiesta entro il 28 febbraio 1913, presso la Segreteria Generale (via Dante, 16, Milano).

(Dal *Pensiero Medico*).

Simulazione d'infortuni.

Gli oculisti proff. Staderini e Faroni, consulenti del « Mutuo Sindacato edilizio infortuni » di Genova, sospettavano da tempo che molte lesioni agli occhi, denunciate da operai come procurate da infortuni, fossero prodotte ad arte. L'avv. Lambruschini, amministratore delegato del Sindacato, sporgeva regolarmente denuncia all'autorità e la polizia potè assodare che da tempo un certo Carlini ora defunto e poi un suo allievo, di nome Pietro Grimelli, provocavano tali lesioni e dividevano poi il premio con gli operai. Per compiere l'operazione essi versavano alcune gocce di cocaina sull'occhio del paziente, così da renderlo insensibile; poi facevano scaldare uno spillo e con la punta di esso operavano alcune piccole scottature sulla cornea. Dopo qualche giorno apparivano delle lesioni che avevano aspetto traumatico. Il Grimelli, bigliettaio tramviario. venne sorpreso dalla polizia mentre stava compiendo una delle sue operazioni su di un operaio, certo Barbieri. Il Grimelli venne arrestato e gli furono sequestrate circa mille lire.

Una signorina eroica.

Una signorina di Londra, Lilia Heatford, ha consentito che dalle gambe e dal dorso le fossero tolte tante strisce di cute, della superficie complessiva di novecento centimetri quadrati, perchè ne fosse rivestito il capo di una sua zia che ebbe il cuoio capelluto strappato da una macchina. L'operazione fu eseguita sotto l'anestesia cloroformica. La regina d'Inghilterra ha scritto di suo pugno una lettera di plauso alla giovinetta, la quale viene proposta dai giornali inglesi per il conferimento di un premio Carnegie.

Corso di medicina sociale.

Il prof. Gumprecht di Weimar è stato incaricato dalla facoltà medica di Berlino di tenere un breve corso sulle questioni sociali ed economiche aventi attinenza con la medicina.

Museo d'Igiene a Parigi

Il Municipio di Parigi ha fondato un museo di igiene, diviso in sette sezioni. Comprende anche una biblioteca.

Una strana truffa.

È stato arrestato in Inghilterra un impostore il quale vendeva delle « pillole epatiche », proclamandole una « medicina eccellente ». Si potè facilmente dimostrare che queste pillole non erano altro se non piselli secchi mal dissimulati. Evidentemente i piselli secchi non sono una medicina eccellente nè contro le malattie del fegato nè contro nessun'altra specie di malattie; ma da molti medici non si sospetta che numerose specialità del commercio non valgono più delle « pillole epatiche »; spesso anzi valgono meno.

Si è spento nel vigore dell'età il prof. **Gaetano Bellisari**, direttore del Manicomio provinciale di Aquila, vittima di un'infezione contratta nel laboratorio di batteriologia annesso all'Istituto da lui diretto.

Nato in Aquila nel 1876, si laureò a Napoli nel 1894; fu assistente alla R. Clinica psichiatrica di Napoli, poi medico nel Manicomio di Girifalco. Nel 1899 conseguì la libera docenza e nel 1904 fu chiamato alla direzione del Manicomio di Aquila. Ivi egli esplicò una attivissima propaganda in favore della costruzione di un nuovo Manicomio provinciale che corrispondesse alle moderne esigenze scientifiche e pratiche. Il progetto venne redatto sotto la sua guida, ed egli stesso curò la esecuzione dei lavori e la organizzazione dei servizi, esplicando in ciò tanta intelligenza e tanta attività da far meritare al nuovo Istituto una onorificenza alla Esposizione internazionale di igiene tenuta in Roma nel 1912. Occupò varie cariche pubbliche, tra cui quella di consigliere comunale e recentemente prese parte, in Roma, al Congresso della Federazione dell'Ordine dei medici in qualità di rappresentante dell'Ordine di Aquila. Fu uno psichiatra di valore, un cittadino esemplare, un lavoratore instancabile.

Alla vedova ed alle tre orfane giunga la viva espressione del nostro profondo cordoglio.

F. V.

È morto a Milano il dottor **Luigi Mongeri**, valente psichiatra, nell'età di 43 anni. Trascorse gran parte della sua vita a Costantinopoli, ove diresse l'Ospedale Internazionale della Pace e il Manicomio armeno di Jedi-Koulé. Ritornato pochi anni or sono a Milano, vi assunse per qualche tempo la direzione della casa di salute Dufour. Fu consigliere della « *Cesare Baccaria* » e del « *Patronato dei pazzi poveri* ». Fu collaboratore apprezzato della « Perseveranza » per le questioni sanitarie. Ingegno vigoroso, animo mite, destava simpatia e affetto.

Rassegna della stampa medica.

« Berl. Klin. Woch. », 17 nov. Weber e Haendel. Paratifo e batteri paratifosimili: epidemiologia. — Friedmann. Immunizzazione antitubercolare curativa e profilattica.

« La Presse Méd. », 16 nov. Martinet. La poliuria paradossale della nefrite interstiziale.

« La Rif. Med. 16 nov. Zuccola. Sulla natura della reazione di Cammidge. — Dellepiane. Sulla patogenesi della epilessia. — Martelli. Sui mitocondri delle cellule blastomatose.

« Jour. d. Prat. », 16 nov. Chauffard. Il cancro della testa del pancreas.

« Arch. d. Mal. du Coeur, ecc. », nov. Savini. Sulla tachicardia parossistica. — Couto. I romori di soffio circolari nell'insufficienza mitrale. — Hertz. Sulla resistenza delle emazie normali e sensibilizzate.

« Paris Méd », 16 nov. Lian e Baron. Le mediastiniti croniche. — Lereboullet. Le opoterapie nella tubercolosi. — Schwartz. Trattamento delle fratture del collo chirurgico dell'omero.

« La Prov. Méd. », 16 nov. Nante. Sindrome di Jackson.

« Ann. di Med. Nav. e Col. », III. Guerra. Cura radicale dell'igroma cistico con l'iniezione di acido fenico. — Casarini e Rho. Consigli d'igiene pratica pei militari di terra e di mare in Libia.

« Gaz. d. Hôp. », 16 nov. Payan e Mattei. Corea di Sydenham.

« Malaria e Mal. dei Paesi caldi », nov. Scordo. La pressione arteriosa nel tifo esantematico.

« Le Journal Méd. Français », 15 nov. Numero dedicato alla tubercolosi renale.

« Allg. Wien. med. Zeitung », 19 nov. Beitzke. L'embolia gassosa.

« Gazz. d. Osp. », 19 nov. Tocco. Immunizzazione con la cute infetta di vaiolo bovino autolizzato.

« Münch. Mud. Woch. », 19 nov. zur Werth. Sulla chirurgia da guerra. — v. Linden. Sulla chemoterapia della tubercolosi. — Herxheimer. Sarcomatosi cutanea da thorium X.

« Gaz. d. Hôp. », 19 nov. Herpin. L'infiammazione dentaria.

« La Presse Méd. », 19 nov. Alglave. L'osteosintesi applicata alle fratture del femore.

« La Sem. Méd. », 20 novembre Cheinisse. La vagotonia.

« La Presse Méd. », 20 nov. Widal. Evoluzione generale della concezione delle nefriti.

« Rev. de Thér. », 1 dic. Carnot. Terapia pratica delle sindromi emorragiche.

« The Journ. of Trop. Med. a Hyg. », 1 dicembre. Mineth. L'azione larvicida del fenolo grezzo. — Fink. Eruzione rara nel vaiolo.

« Gazz. d. Osp. », 3 dic. Senzi. Infanzia e crenoterapia.

« Riv. d'Ig. e San. Pubbl. », 1 dic. Signorelli. Antagonismo fra i microrganismi acidificanti del latte e i vibrioni del colera.

« Münch. Med. Woch. », 3 dic. Autenrieth e Funk. La determinazione del rodanio nella saliva e dell'iodio nell'urina. — Iselin. Azione cumulativa dei raggi X filtrati attraverso l'alluminio.

« Ann. di Neur. », II, Bianchi V. Alterazioni istologiche della corteccia cerebrale in seguito a focolai distruttivi ed a lesioni sperimentali.

« La Sem. Méd. », 4 dic. Rose. Il segno di Argyll-Robertson nelle affezioni non sifilitiche.

« Berl. klin. Woch. », 2 dic. Bálint e Egan. L'eccitabilità elettrica dei muscoli in varie malattie. — Sticker. L'uso del radium e del mesothorium nel cancro.

« Gaz. d. Hôp. », 30 nov. Louis e Combe. La vaccinazione antitifica.

« The Practitioner », dic. Taylor. La sonnolenza. — Jones. I rapporti tra epilessia e pazzia. — Miller. La cura di riposo.

« Le Scalpel », 1 dic. De Sagher. La malattia di Barbow (scorbuto infantile).

« Ann. de Méd. et Chir. Inf. », 1 dic. Nobécourt e Mallet. Sull'azotemia del lattante.

« Pathologica », 1 dic. Anzillotti. Sulla patogenesi delle artropatie tubercolari. — Tadini. La diagnosi di tubercolosi mediante l'anafilassi *in vitro*.

« Klin-ther. Woch. », 2 dic. Kohlhaas. La cura pneumotoracica della tubercolosi polmonare.

« Arch. di Farmac. », Lombroso. Sulla riversibilità delle azioni enzimatiche.

« Riv. Osped. », 1 dic. Federici. Sui tumori renali dei bambini; reperti istologici di tre casi. — Bolognesi. La prenarcosi pantopon scopolaminica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XX. *Roma, 2 febbraio 1913* Fasc. 5

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Laboratorio di patologia speciale chirurgica dimostrativa della R. Università di Roma

diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Contributo sperimentale alla narcosi per insufflazione intratracheale alla Meltzer-Auer, con apparecchio modificato.

Nota preventiva per il dott. ALFREDO D'AVACK.

Incoraggiato dai brillanti risultati ottenuti con l'applicazione dell'insufflazione intra-tracheale secondo il principio di Meltzer-Auer, dai vari sperimentatori: Carrel, Unger e Bettmann, Giordano, Delaini, Donati, Elsberg, Lilienthal, ecc., sia sugli animali, che sull'uomo, ho creduto utile intraprendere una serie di ricerche in proposito.

In questa prima nota mi limiterò ad esporre rapidamente il contributo da me portato all'istrumentario usato per l'insufflazione, in un prossimo lavoro esporrò per esteso la tecnica, gli esperimenti fatti e le conclusioni che da essi possono trarsi circa l'avvenire della chirurgia toracica.

***

Basandomi sul principio del Meltzer: « di iniettare nei polmoni mediante una cannula introdotta nella trachea fino alla sua diramazione nei bronchi, ed avente un calibro uguale a circa due terzi del diametro della trachea, una corrente d'aria alla pressione costante di 12-20 mm. di mercurio », ho costruito il seguente apparecchio che rappresenta una modificazione di quello di Meltzer-Auer, sul quale ha però notevoli vantaggi, sia per facilitare sempre più la tecnica, sia per mettere il paziente maggiormente al sicuro da probabili incidenti che potessero verificarsi nella sua applicazione.

Esso risulta:

1° di una sorgente che produca una corrente d'aria continua sotto pressione e che può essere anche un comune soffietto (Meltzer-Auer), una soffiera a pedale (Giordano, Delaini, Donati, D'Avack), una pompa ad aria messa in azione da un motore elettrico o da una ruota a mano (Lilienthal), ovvero una bomba di ossigeno sotto pressione munita dell'apparecchio di Roth-Draeger (Unger);

2° di un filtro di cotone per arrestare tutte le particelle solide che eventualmente fossero trasportate con la corrente d'aria. Stando alle ingegnose esperienze del Meltzer questo non sarebbe necessario poichè l'esistenza della corrente di ritorno diretta dal polmone verso il faringe, nello spazio libero tra la parete tracheale ed il tubo, rende impossibile qualsiasi aspirazione di materiali solidi, finchè dura l'insufflazione. Ho creduto interporlo, poichè nelle mie esperienze mi sono servito sempre di una comune soffiera a pedale che quindi raccoglie l'aria dal basso;

3° di un manometro ad aria libera, che ci indicherà in qualunque momento la pressione che ha l'aria nel circuito;

4° di un apparecchio per l'etero-narcosi. Esso risulta di un comune pallone di vetro, chiuso superiormente da un turacciolo di gomma a perfetta tenuta, ed in cui sono praticati 4 fori.

L'etere solforico penetra nel pallone da un tubo di vetro *a* che porta superiormente un palloncino comunicante con l'esterno mediante un'apertura chiusa da un turacciolo di vetro, e sotto a questo un rubinetto.

A lato di questo primo tubo ve ne è un altro *b*, fornito alla sua metà esterna di un rubinetto. Nei due fori laterali penetrano altri due tubi di vetro, uno afferente *c* più lungo il quale raggiunge il fondo del pallone, ed un altro efferente *d* più corto, che si arresta all'estremità inferiore del turacciolo di gomma.

È chiaro che aprendo il rubinetto del tubo *b* e quello del tubo *a*, dopo aver tolto il turacciolo di vetro all'ampolla, l'etere contenuto in questa scenderà facilmente nel pallone; sarà quindi una manovra molto rapida e facile rinnovare durante l'esperimento l'anestetico nel pallone qualora sia stato tutto consumato.

Non forzando la pressione dell'aria al di sopra di 10-12 mm. di Hg il paziente continua a respirare come normalmente, tranne che il ritmo respiratorio subisce un certo rallentamento nella frequenza; ora, sia per la narcosi non bene applicata nel senso che il malato si risvegli più o meno durante l'operazione, sia per altra causa che a noi sfugge, avviene che i singoli movimenti respiratori, generalmente tra loro uguali per ampiezza e frequenza, vengono di tanto in tanto alternati da inspirazioni molto profonde, seguìte alla loro volta da espirazioni di eguale intensità. Ora è stato osservato frequentemente, che, appunto durante queste forti espirazioni si forma nel circuito una corrente contraria a quella affluente dalla soffiera; ne deriva un arresto, o un rallentamento di quest'ultima che, quantunque duri per un tempo minimo, pure si rileva per una brusca salita dell'etere dentro il tubo afferente e se l'espirazione è molto forte. l'etere, raggiunto l'estremo superiore del tubo, si precipita rapidamente nei tubi. Non è questo un gran danno poichè l'etere viene rapidamente arrestato dalla bottiglia di scarico, ma è certo un difetto di tecnica che importava di dover sospendere, sia pure per pochi istanti, l'eteronarcosi, per rifornire il pallone di anestetico; difetto al quale era necessario opporre un rimedio.

Credetti quindi opportuno di sostituire il tubo afferente *c*, che nelle mie prime esperienze risultava di un semplice tubo di vetro piegato superiormente ad angolo acuto, con un tubo di vetro di uguale calibro fornito di una bolla di vetro presso a poco allo stesso livello di quella del tubo *a*. Con questa modificazione, l'incidente sopra notato non si è più verificato,

e tutto al più l'etere si è limitato a salire nella bolla;

5° di una bottiglia di scarico, che deve piazzarsi in un piano più basso di quello in cui s'è collocato l'apparecchio, ed ha lo scopo di arrestare l'anestetico, se questo, per uno sbaglio nel manovrare i rubinetti, venga a riversarsi nei tubi.

Essa risulta di un comune recipiente cilindrico di vetro, chiuso superiormente da un turacciolo di gomma a perfetta tenuta. In esso penetrano, oltre ad un tubo di vetro afferente *e* ed un altro efferente *f* fornito di un rubinetto *f'*, ancora un terzo tubo *h*, esso pure di vetro che con il suo estremo inferiore raggiunge il fondo della bottiglia, mentre superiormente è piegato ad angolo retto e fornito a sua volta di un rubinetto *h'*.

Il rubinetto *h'* è costantemente chiuso durante l'insufflazione, mentre rimane aperto il rubinetto *f'*. Ora, se per un errore di tecnica una certa quantità di anestetico viene a raccogliersi nella bottiglia di scarico, è facile farlo rapidamente uscire dalla medesima chiudendo per un istante il rubinetto *f'* ed aprendo *h'* pur continuando ad insufflare aria sotto pressione.

Per questa manovra occorre un tempo minimo ed essa è del tutto innocua per l'animale, il quale potrà così respirare solamente aria sotto pressione, qualora l' etero-narcosi venga sospesa.

Nel recipiente di vetro pesca ancora l'estremo inferiore di un termometro a mercurio *g* e ciò per osservare se era necessario intercalare nel circuito una bottiglia ripiena di acqua calda (Elsberg) per ottenere una corrente d'aria ad una temperatura costante, e simile alla temperatura ambiente. È noto che l'etere svaporando produce un raffreddamento, nessuna maraviglia quindi se perdurando la narcosi per discreto tempo, la corrente d'aria insufflata venisse progressivamente raffreddandosi.

Nei miei esperimenti ho potuto constatare che praticando l'etero-narcosi insufflando aria ad una pressione di 30-35 mm. di mercurio, l'aria subisce un raffreddamento progressivo e dopo 10-15 minuti la temperatura si abbassa di 6-8°.C.

Insufflando invece aria carica di vapori di etere ad una pressione di 10-12 mm. di mercurio, anche dopo un'ora e mezzo la temperatura dell'aria insufflata non subisce alcuna oscillazione.

Ho rinunciato perciò ad interporre nel circuito una bottiglia di acqua calda per farvi riscaldare l'aria insufflata e non mi sono neppure preoccupato d'inumidirla poichè nei miei esperimenti non ho rilevato alcun incidente iniettando semplicemente aria atmosferica;

6° di una cannula tracheale di vetro avente un diametro di 5 mm., che nei miei esperimenti ha generalmente dato sempre buoni risultati.

Operando sull'uomo è più sicuro servirsi di una cannula di gomma indurita. Corrispondono bene le siringhe di Patamia, di diametro presso a poco corrispondente ai due terzi del diametro della trachea del paziente. Se s'innesta un tubo di vetro piegato ad angolo retto nell'estremo superiore della siringa è facile, introdotta questa in trachea, collegarla all'apparecchio mediante un tubo di gomma.

Le cannule sopra descritte riescono eccellenti se s'introducono in trachea previa tracheotomia, ricorrendo all'intubazione riuscirà invece più agevole servirsi di una comune sonda esofagea di gomma indurita, del diametro opportuno.

Queste varie parti dell'apparecchio comunicano fra loro mediante cinque tubi di vetro ad Y e dei tubi di gomma come può ben vedersi dal disegno schematico annesso.

La corrente d'aria ottenuta dalla soffiera e purificata attraversando il filtro di cotone, viene spinta attraverso un I tubo a Y da un lato, in una delle due branche del manometro, il quale indicherà la pressione che ha l'aria nel circuito, dall'altro in un II tubo ad Y. Da questo se è aperto il rubinetto B e chiusi i rubinetti C e D l'aria giungerà direttamente nel III tubo a Y; se invece è chiuso il rubinetto B ed aperto C e D l'aria gorgoglierà nell'etere solforico contenuto nell'apparecchio n. 3° e giungerà nel tubo a Y n. III satura di vapori di etere. È chiaro che chiudendo più o meno il rubinetto B, si potrà regolare l'etero-narcosi come meglio si desidera. L'aria giunta

nel tubo a Y n. III passa attraverso al rubinetto E nel tubo a Y n. IV e da questo nella bottiglia di scarico e nella cannula tracheale.

Il rubinetto F funziona da valvola di sicurezza; se infatti la pressione dell'aria affluente supera il valore desiderato, aprendolo più o meno si potrà riportare la pressione al limite voluto.

Introdotta la cannula in trachea, sia mediante l'intubazione, o previa tracheotomia, si pone subito in comunicazione l'estremo superiore della cannula con l'apparecchio ad insufflazione collegandolo mediante un tubo di gomma al tubo F. Chiudendo ora il rubinetto E ed aprendo F, l'animale continuerà a respirare normalmente.

Aperta la pleura sarà facile chiudendo F ed aprendo E iniziare rapidamente l'insufflazione.

Ho applicato questo apparecchio a 33 cani nei quali venivano praticati vari interventi endotoracici, e tranne in due casi, in cui si ebbe la morte degli animali sul tavolo operatorio, poichè non fu possibile distendere i polmoni, dato che il diametro della cannula usata era molto più piccolo del diametro della trachea degli animali; tutti gli altri sopportarono benissimo l'applicazione dell'insufflazione con il mio apparecchio.

In principio usai insufflare aria ad una pressione da 15-35 mm. di mercurio e poi di 10-12 millimetri, poichè tale pressione è sufficiente a mantenere in vita gli animali, i quali conservano ancora il loro ritmo respiratorio normale benchè molto diminuito di frequenza (6-8 respiri al minuto).

Usando una pressione bassa, non ho mai osservato, anche dopo un'insufflazione molto prolungata, comparsa di cianosi dei polmoni, fatto già rilevato dall'Elsberg; non è stato quindi mai necessario ricorrere all'interruzione periodica della corrente.

Il prof. Alessandri ha applicato il mio apparecchio nell'uomo, in due casi di operazioni sul faringe e seni della faccia, ottenendone risultati ottimi e scevri di qualsiasi inconveniente (*Policlinico*, Sez. pratica, 1912, n. 37).

In questi esperimenti ho potuto osservare il fatto che, praticata la tracheotomia, è vero che l'animale poteva continuare a respirare normalmente chiudendo il rubinetto E ed aprendo F, ma era necessario morfinizzare sempre l'animale e se la morfina non agiva, aperta la trachea ed introdotta la cannula, la narcosi diveniva un problema molto difficile, se non impossibile.

Pensai allora di collegare all'apparecchio ad insufflazione un dispositivo (n. 7), per ottenere facilmente l'etero-narcosi senza pressione nell'animale già tracheotomizzato e per poter rapidamente passare dall'etero-narcosi ordinaria a quella con pressione, mediante una manovra rapida e semplice.

Mi servii a tale fine di un filtro di Reichel privo della candeletta filtrante. Nella parte più alta ristretta posi tra il tubo superiore e l'inferiore una specie di doppio diaframma (*i*) costituito da tamponcini di garza cuciti attorno a due anelli di metallo, avente esattamente il medesimo diametro del collo della bottiglia. L'apertura superiore fu chiusa con un turacciolo di gomma a perfetta tenuta, attraversato a sua volta da un tubo di vetro (*l*), che con l'estremo inferiore giunge a circa due centimetri dal diaframma di garza, mentre superiormente è fornito di un rubinetto (*l'*) che lo mette in comunicazione con una piccola ampolla.

Il tubo di vetro superiore (*m*), impiantato ad angolo retto sul collo della bottiglia, viene posto in comunicazione mediante un tubo di gomma fornito a sua volta di un rubinetto G, con una delle branche di un tubo a Y, n. V.

La seconda branca si pone in comunicazione con un rubinetto di vetro F, mentre la terza viene collegata al tubo a Y n. IV mediante un tubo di gomma.

Nell'ampolla del tubo *l* si versa dell'etere che si fa sgocciolare in modo continuo ed uniforme sul diaframma di garza, aprendo più o meno il rubinetto *l'*.

È chiaro che finchè rimangono chiusi i rubinetti E e G, ed aperto F, l'animale continuerà a respirare normalmente aria libera; se

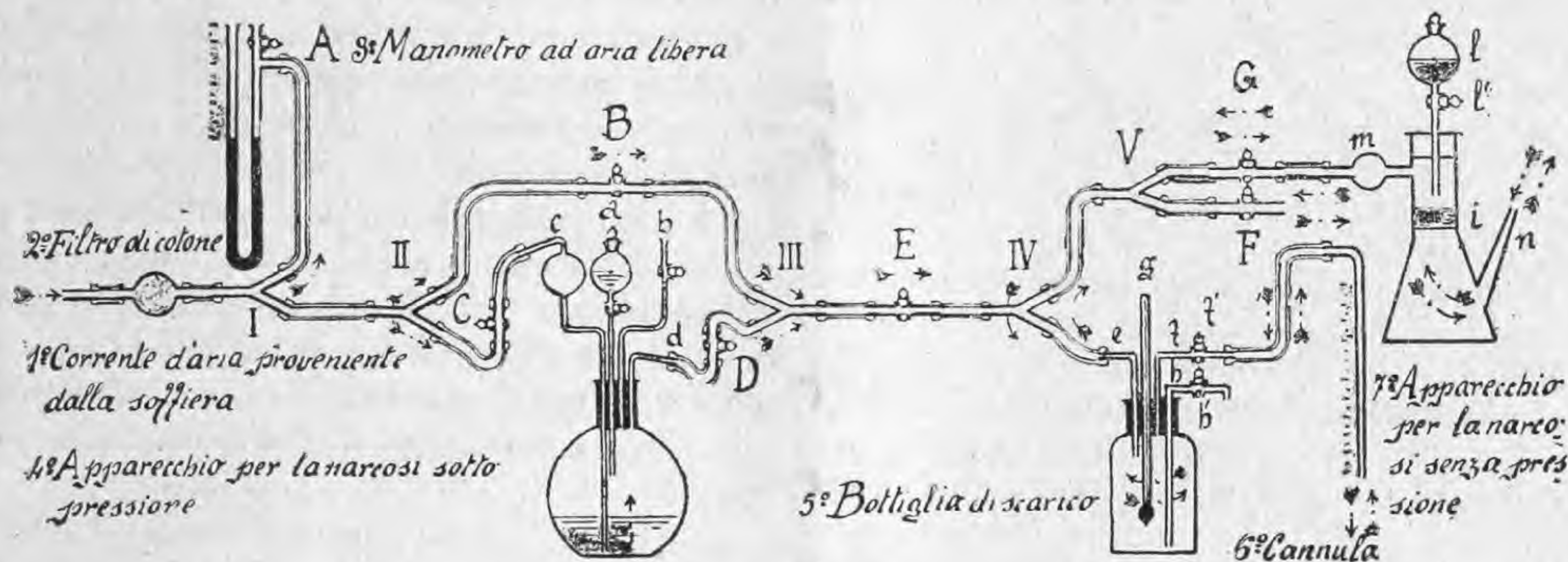
invece si chiudono i rubinetti E ed F e si apre G, l'animale nell' inpirazione riceverà aria carica di vapori di etere, poichè questa, entrando per il tubo *n* impiantato ad angolo acuto sulla parte più larga della bottiglia, attraverserà il diaframma di garza sopra cui sgocciola continuamente dell'etere e attraverso il rubinetto G ed i tubi a Y, n. V e IV perverrà nella bottiglia di scarico e quindi nei polmoni dell' animale. Nell' espirazione l' aria percorrerà il cammino inverso.

1. Il paziente può respirare aria senza pressione chiudendo i rubinetti E e G, ed aprendo F.

2. Il paziente può respirare aria carica di vapori di etere, o di altro anestetico senza pressione, chiudendo i rubinetti E e F ed aprendo G.

3. Il paziente può respirare aria alla pressione desiderata, chiudendo i rubinetti F e G ed aprendo E.

4. Il paziente può respirare aria sotto pressione carica di vapori di etere, chiudendo più o meno il rubinetto B ed aprendo i rubinetti C e D.

8° Manometro ad aria libera
2° Filtro di cotone
1° Corrente d'aria proveniente dalla soffiera
4° Apparecchio per la narcosi sotto pressione
5° Bottiglia di scarico
6° Cannula
7° Apparecchio per la narcosi senza pressione

Richiamo l'attenzione sopra questo sicuro e semplice metodo di narcosi, perchè, a prescindere dai buoni risultati da esso dati sperimentalmente, credo che potrà riuscire pratico ed utile anche nella chirurgia umana. Con questo mezzo, oltre ad avere una caduta automatica uguale, regolare e continua di anestetico, si ha anche il vantaggio che l' anestetizzatore non viene con la maschera ad ingombrare il campo operatorio, specie in casi di operazioni sulla faccia e regioni limitrofe.

Qualsiasi incidente si verificasse durante la narcosi, sarà rapidamente combattuto con l'insufflazione intra-tracheale indicata e raccomandata dai vari esperimentatori anche in questi casi, chiudendo il rubinetto G ed aprendo E.

Con questo dispositivo che a prima vista può sembrare alquanto complesso, ma di per sè molto semplice e di facile costruzione e manovra, m'è possibile realizzare contemporaneamente quattro condizioni diverse:

Le esperienze fatte fino ad ora non sono molto numerose, ma tali da convincermi sempre più della bontà del principio di Meltzer-Auer e della facile e comoda applicazione di tale metodo mediante l'apparecchio sopra descritto.

BIBLIOGRAFIA.

Oltre la bibliografia citata dal prof. R. Alessandri (*La narcosi per insufflazione intratracheale alla Meltzer. Due casi di applicazione all'uomo.* Il Policlinico, Sezione pratica, 8 settembre 1912, fascicolo 37) vedi ancora:

1. MELTZER und AUER. *Kontinuierliche Respiration ohne respiratorische Bewegungen.* Zentralblatt für Physiologie, 26 Juni 1909, Bd. XXIII, N. 7.
2. MELTZER und AUER. *Eine Vergleichung der « Volhardschen Metode der Künstlichen Atmung » mit der von Meltzer und Auer in der « Kontinuierlichen Respiration ohne respiratoriche Bewe-*

gungen verwendeten Methode. Zentralblatt für Physiologie, 2 Oktober 1909, Bd. XXIII, N. 14.

3. BIEDL und ROTHBERGER. *Die Volhardsche Methode der Künstlichen Atmung*. Zentralblatt für Physiologie, 2 Oktober 1909, Bd. XXIII, N. 14.
4. VOLHARD. *Ueber Künstliche Atmung durch Ventilation der Trachea und eine einfache Vorrichtung zur rhytmischen Künstlichen Atmung*. Münchener medizinische Wochenscrift, N. 5, 4 Februar 1908, S. 209.
5. ELSBERG. *Zur Narkose beim Menschen mittelst der Kontinuierlichen intratrachealen Insufflation von Meltzer*. Berliner klinische Wochenschrift, 23 Mai 1910, N. 21, p. 97.
6. KUHN. *Meltzer's Insufflation und meine perorale Intubation*. Berliner klinische Wochenschrift, 19 September 1910, N. 38, p. 1769.
7. LILIENTHAL u. ELSEBERG. *Erfahrungen am Menschen mit der Methode der intratrachealen Insufflation (Meltzer)*. Berliner klinische Wochenschrift, 23 Mai 1910, N. 21, p. 958.
8. MELTZER. *L'insufflation intra-trachéale continue dans la chirurgie du thorax*. Académie de médecine de New-York, 2 février 1910 (in Presse Médicale, 20 avril 1910, n. 32).
9. MELTZER. *Die Methode der intratrachealen Insufflation, ihr Wissenschaftliches Prinzip und ihre praktische Anwendbarkeit*. Berliner klinische Wochenschrift 28 Marz 1910, N. 13, p. 566.
10. UNGER. *Zur Insufflationsnarkose (Meltzer) beim Menschen*. Berliner klinische Wochenschrift, 19 September 1910, N. 38, p. 1748.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla cura incruenta dei tumori maligni.

(*Continuazione; e fine*).

TERAPIA GENERALE.

L'organismo si difende tanto più efficacemente e durevolmente contro la maggior parte delle malattie che lo minacciano o lo colpiscono, quanto più è robusto.

A irrobustire l'organismo, a sostenerne le forze, a promuoverne la difesa, giovano le risorse numerose che offre l'igiene e cioè l'alimentazione sana, l'aria e la luce abbondanti, la nettezza, le pratiche idriche, ecc.

Queste norme generali d'igiene debbono valere per il cancro non meno che per altre malattie; debbono essere indicate a prevenirne l'insorgenza, a rallentarne l'evoluzione e ridurne la perniciosità, ad agevolarne la cura od assicurarne il successo.

Naturalmente esse andrebbero adattate alla natura specifica e al decorso della malattia. Pur troppo però in questo campo i fatti sono male assodati, apparentemente contraddittori e difficili a valutare obbiettivamente.

Basti dire che non sappiamo ancora quale sia l'*alimentazione* che si confà meglio ai cancerosi in atto, ovvero ai cancerosi curati ma sotto la minaccia di recidive nonchè agl'individui che presumiamo trovarsi nel così detto *stadio pre-canceroso* (esempio: le donne di età avanzata affette da metriti irriducibili nelle quali si teme imminente ed è forse già iniziata la degenerazione cancerosa).

Due vedute opposte tra di loro sono state emesse e difese al riguardo.

Il buon senso porterebbe a ritenere indicata in questi infermi tanto soggetto alla cachessia una *dieta ricostituente*, copiosa, ricca di proteine animali.

N'è stato partigiano convinto von Noorden.

L'eminente clinico la consigliava non foss'altro per allontanare l'esito letale ed emendare lo stato di cachessia. Egli proclamava: « quando si possa alimentare bene il malato e lo stomaco sia integro, il canceroso può morire di cancro senza cachessia ».

Da qualche tempo si ritiene invece di poter modificare l'economia in senso sfavorevole all'attecchimento e allo sviluppo dei tumori, mediante una dieta ben poco sostanziosa, la *dieta vegetariana*.

In Inghilterra Roberto Bell l'ha patrocinata caldamente; egli ha sostenuto persino — com'è noto — una causa giudiziaria contro Bashford, perchè questo eminente scienziato aveva contestato l'efficacia e la serietà del trattamento dietetico del cancro.

Anche Theilhaber ha molto preconizzato la dieta vegetariana.

Ma i risultati ai quali essa ha condotto nella profilassi e nella cura del cancro non sono stati decisamente benefici.

***

Si è tentato di precisare quali fossero i cibi vegetali atti ad influenzare favorevolmente l'evoluzione del cancro o la predisposizione a contrarlo e la tendenza alle recidive.

Ries ritiene che siano i cibi ricchi di *zolfo*.

Egli tenta di convalidare questa supposizione in più modi. Invoca, ad esempio, le ricerche di Salomon e Saxl, le quali provano come i cancerosi eliminino molto zolfo; a suo modo di vedere importerebbe di poter supplire a questo

impoverimento, e vi si riuscirebbe per mezzo dei composti organici assimilabili dello zolfo.

In secondo luogo lo stesso autore rileva come il selenio ed il tellurio — di cui è stata bene assodata la virtù terapeutica sui tumori maligni — siano chimicamente affini allo zolfo: appartengono alla stessa famiglia chimica, detta dei solforidi. Una volta immessi nell'organismo dei cancerosi, andrebbero a sostituire lo zolfo nei nuclei ammalati del tumore. Da ciò il loro nucleotropismo spiccato; ma, a differenza dello zolfo, sono molto tossici, onde esplicano un'azione curativa di tanto più marcata. Pur troppo però la loro stessa tossicità ne limita molto le applicazioni terapeutiche.

Infine questo autore spiega l'immunità relativa degli ebrei e dei popoli vegetariani per il cancro, ammettendo che sia dovuta al consumo abbondante di vegetali alcuni dei quali ricchi di zolfo.

Sarebbero tali i cavoli, l'aglio, le cipolle, la senape (erba), ecc.

Egli raccomanda questa dieta sovratutto per la profilassi delle recidive. Resta a vedere se questi tentativi di rimineralizzazione con lo zolfo resisteranno a controlli rigorosi.

***

Si può presumere che la dieta vegetariana giovi per altre vie; ad esempio, che essa fornisca una scarsa quantità di blastine o sostanze istiogene, come i derivati aromatici, la cui azione stimolante sullo sviluppo dei tumori è stata riconosciuta da Centanni.

Un'altra eventualità è resa molto attendibile dalle interessanti ricerche di Moreschi: cioè l'iponutrizione prodotta dalla dieta vegetariana potrebbe ostacolare lo sviluppo dei tumori.

Tanto più che in questi ultimi tempi si è tratto profitto da alcuni mezzi spoliativi, i purganti ed i salassi, per la cura e la profilassi del cancro (Hochenegg, Theilhaber, Edelberg, ecc.).

Queste pratiche debbono ancora essere sanzionate da una larga esperienza.

È certo però che i *salassi* conferiscono una resistenza spiccata al cancro, come venne provato sperimentalmente da Joannovics, per mezzo degli innesti di tessuti neoplasici (attecchiscono difficilmente negli animali salassati). Anche la clinica ha da tempo insegnato che le recidive sono più difficili dopo le operazioni chirurgiche allorquando queste hanno importato molta perdita di sangue.

I salassi inducono modificazioni umorali ed ematoblastiche caratteristiche, studiate da Cimoroni e da Joannovcis, paragonabili a quelle che seguono ad alcuni interventi terapeutici o che si riscontrano nel feto; ad esse è stata ascritta la maggiore resistenza verso i tumori maligni.

I salassi sono stati raccomandati sovratutto per la profilassi delle recidive.

I *purganti* leggeri vengono molto usati per regolarizzare le funzioni dell'intestino poichè la stitichezza sembra essere nociva ai cancerosi ed ai minacciati dal cancro o dalle recidive, forse perchè è causa di *auto-intossicazioni* enterogene.

***

Le altre cause d'intossicazione vanno egualmente eliminate.

Una particolare menzione merita l'*intossicazione alcoolica*.

Si ha spesso il torto di largheggiare nella somministrazione di alcool ai cancerosi, considerandolo come un mezzo eccitante ed un alimento dinamico; invece esercita sull'evoluzione della malattia un'influenza disastrosa, dimostrata dagli esperimenti e dalla clinica; ad esempio, il cancro decorre sempre più grave e più rapido negli alcoolisti.

Conviene dunque di proscriverlo o di ricorrervi con molta moderazione ed in via eccezionale. Su questo punto crediamo non ci siano divergenze ammissibili.

I cancerosi risentono molto anche le *intossicazioni alimentari*, dovute agli estratti di carne ed ai *consommés* di cui si abusa nell'illusione che siano nutrienti, ai cibi non freschi, ecc.

Sono infine da evitare le *intossicazioni medicamentose*. La più temibile è quella da *oppiacei*.

Si ricorre agli oppiacei per lenire le sofferenze; ma volendo raggiungere questo intento bastano le cure locali di nettezza (irrigazioni e lavaggi nei cancri accessibili ulcerati), alcuni dei mezzi analgesici già indicati (calore, irradiazioni), le operazioni palliative della chirurgia (decompressione nel cancro del cervello, gastro-enterostomia nel cancro circostante al piloro: questo intervento conduce spesso a risultati meravigliosi, diremmo a vere risurrezioni), ecc.

Gli oppiacei deprimono molto i poteri di resistenza dell'organismo ed offuscano la situazione. Meglio tollerati sono i narcotici sintetici.

Altri medicamenti già menzionati nel corso di questo articolo sembrano agire su tutto

l'organismo in senso inverso, migliorandone la nutrizione e attivandone la difesa. Più volte si è presunto che ciò debba avvenire per le *cure arsenicali*, per le *cure iodiche* e, di recente, per le iniezioni di *nucleinato sodico*.

***

È abbastanza definito il compito di alcune risorse igieniche nella terapia del cancro. Hanno avuto il merito di richiamarvi l'attenzione di Gould, Hochenegg e altri.

Menzioniamo l'*igiene della cute*, ottenuta mediante i bagni caldi, le lozioni, ecc. Determina un vivo senso di benessere e concorre indubbiamente a prolungare la vita.

L'*attività fisica* non deve proscriversi in modo assoluto ai cancerosi; piuttosto va proporzionata alle forze dei singoli pazienti, ossia contenuta nei limiti entro i quali riesce accetta e gradevole: conviene evitare persino l'inizio della stanchezza.

Speciale menzione merita l'*igiene dello spirito*. Sembra incredibile quale influenza la psiche eserciti sullo stato generale di salute dei cancerosi; con quale intensità lo stato di depressione mentale si ripercuota sulla loro malattia accelerandone il decorso. Molti cancerosi delle classi indigenti migliorano in modo notevolissimo negli ospedali, in gran parte perchè sottratti alle preoccupazioni economiche assillanti della vita di fa-famiglia.

Basta spesso una notizia triste o allarmante ad abbattere questi infermi.

Ci asteniamo dall'accennare ad altre risorse igieniche le quali vanno tenute presenti nell'assistenza ai cancerosi; lo riteniamo superfluo.

Per la profilassi delle recidive Hochenegg raccomanda vivamente la terapia del movimento (passeggiate, escursioni, sport), il soggiorno in climi stimolanti (di montagna, di mare), l'idroterapia fredda (bagni di mare), l'aria e la luce abbondanti (bagni di sole).

In questo modo verrebbe corretta ciò ch'egli chiama la « diatesi cancerosa ».

***

Nell'intento di eliminare tutte le cause che sono in grado di deprimere e di fiaccare la resistenza dell'organismo, importerebbe anche di combattere le malattie coesistenti, le quali aggravano lo stato dell'infermo. Ma non sempre questo assioma è vero; come al solito, regnano delle incertezze. Per es., vediamo seguire spesso un notevole miglioramento delle affezioni neoplasiche ad una efficace cura antiluetica; ma in modo assai diverso dalla sifilide sembra comportarsi la tubercolosi.

***

Evidentemente ci muoviamo su di un terreno un po' instabile ma che va lentamente rassodandosi.

CURE COMBINATE.

L'esiguità e l'incertezza dei risultati ai quali conducono per la maggior parte i metodi incruenti, ha indotto ad associarli, nell'intento di rafforzarne l'azione.

Le cure dirette contro il cancro possono tutte associarsi e da queste *cure combinate* o *miste* si ottengono quasi sempre effetti migliori che dalle cure semplici.

Quest' azione rafforzata può ottenersi applicando i singoli trattamenti contemporaneamente ovvero successivamente. Si nota, come abbiamo già detto, che l'efficacia dei trattamenti protratti si attenua quasi sempre col tempo: dopo un periodo di regressione o di sosta, il neoplasma riprende a svilupparsi; in questi casi la sostituzione o l'associazione di un trattamento complementare rivela spesso un'efficacia notevole.

Perfino i trattamenti più similari divengono maggiormente efficaci riunendone l'azione: così il radium e i raggi X. Alle volte un neoplasma ha resistito ad uno di tali interventi, ma cede poi all'altro, non perchè sia più sensibile al secondo ma perchè le due azioni curative si combinano e si rafforzano.

Le irradiazioni rivelano molta efficacia anche se vengono utilizzate insieme ai metalli (per es. ai sali organici di argento ed al carbonato di bismuto, di per sè stessi inattivi, iniettati nello spessore del tumore). Forse in questo caso i metalli agiscono provocando la produzione di raggi secondari localmente più attivi; ne deriva dunque un'azione del tutto nuova (Gould).

Risultati sorprendenti sarebbero stati ottenuti da Ch. Müller applicando contemporaneamente i raggi X e la diatermia conservativa oppure la fulgorazione, sia per la cura (ad esempio 4 carcinomi del seno sarebbero guariti su 4 operabili e 3 su 25 inoperabili), sia per la profilassi delle recidive. Stein si è giovato della diatermia associata al radium. Riteniamo che il metodo del fuoco crociato potrebbe condurre a risultati molto favorevoli nella cura dei cancri interni qualora venisse applicato insieme per la diatermia e per le irradiazioni.

Più volte abbiamo accennato alle cure destinate non tanto a rafforzare altre, quanto ad assicurarne la stabilità: sono i così detti trattamenti profilattici, nel senso che tendono a mettere al sicuro dalle recidive.

Per es., alla cura chirurgica si uniscono con vantaggio l'irradiazione intensiva con raggi X o con radium, praticata sulla neoformazione, per rendere l'intervento operativo più agevole o più sicuro o possibile (in seguito alla regressione o alla distruzione parziale della neoplasia, nei cancri della cute, della cervice uterina, dell'esofago, ecc.), ovvero a scopo profilattico, sulla ferita operatoria, o meglio con applicazioni diacutanee, sulla regione operanda od operata, per prevenire le recidive e le metastasi o per distruggere i nodi di recidive, ecc. All'uopo si dimostra utile anche la fulgorazione.

Un trattamento post-operativo piuttosto complesso viene raccomandato daTheilhaber.

Vi occupano il loro posto i salassi (400-500 cmc. di sangue ogni sei mesi), le cure arsenicali ed altre risorse della terapia generale.

Localmente, a partire da alcuni mesi dopo l'operazione, egli applica i mezzi iperemizzanti, tra cui per i medici pratici offre speciale interesse la termoterapia perchè riesce di applicazione agevole (semicupi e irrigazioni vaginali e intestinali calde pel cancro dell'utero; affusioni e bagni caldi pei cancri cutanei; bagno interno subacqueo di Brosch e Aufschnaiter pel cancro del crasso, ecc.); ripone molta fiducia anche nella diatermia (ripetuta p. es. ogni due mesi, per alcune sedute ad ogni ripresa) e in altri mezzi della terapia fisica. Ritiene che possa eventualmente tentarsi l'uso dei medicinali iperemizzanti locali (tintura di iodio, glicerina al xeroformio o al vioformio, ooforina pei cancri dell'utero), della fibrolisina, ecc.

Non v'è nulla di assoluto in queste associazioni.

***

Tra i metodi misti richiama da qualche mese l'attenzione quello proposto dal dott. A. Zeller. *Il metodo Zeller* sembra efficace e pratico; perciò lo descriviamo a lungo.

Esso comprova quanto possa l'attività di un singolo individuo, poichè l'autore, medico pratico esercente in un piccolo paese del Würtemberg (Weilheim a. d. Teck), lo ha elaborato con le sole sue risorse.

L'A. è stato portato a questa applicazione in modo semplicissimo. Egli non ha voluto escogitare un metodo nuovo e straordinario, ma solo saggiare quelli antichi, empirici, i quali sono molto numerosi (dal legno santo al cardo benedetto, dalla corteccia di salice alla cicuta, dalla tintura di tuia all'estratto di chelidonio).

Egli si è ispirato specialmente a ricette che nei tempi andati avevano fatto qualche buona prova e che si trovano menzionate in vecchi libri di medicina. Ha compulsato questi libri, ha vagliato spassionatamente i risultati e infine ha ripreso un metodo che era stato raccomandato da un vecchio medico inglese, Batty, nell'intento forse di vetrificare i tessuti neoformati: la somministrazione del silicio per via interna. Poi vi ha aggiunto l'uso locale di un composto arsenico-mercuriale, sul genere di quelli già patrocinati ed usati da Hebra, Cooper, Hutchison, Dupuytren, ecc. e la cui formula è calcata sulla vecchia *polvere di frate Cosimo*.

Così, durante la sua pratica rurale, è venuto concretando il suo metodo, al quale si è dedicato con tenacia, pazienza, devozione, qualità che ai nostri tempi di vita febbrile difettano così nel medico come nel paziente.

I risultati ch'egli infine si è deciso a pubblicare sono molto incoraggianti. In una prefazione Czerny — il quale era stato già suo maestro — rileva tutto il merito di questa applicazione, dovuta alla perseveranza di un uomo.

***

I primi tentativi di Zeller, dal 1895 al 1905, furono intrapresi con il solo acido silicico per via interna, tal quale od in forma di silicati, a piccole dosi quotidiane.

L'A. oggi raccomanda la prescrizione seguente:

Silicato di potassio	ana 20
» sodio	
Zucchero di latte	60

M. S.: 0.25 a 0.60 gm, tre volte al giorno in un po' d'acqua.

Questo rimedio, al quale Zeller ha dato lo strano nome di *nacasilicum*, è perfettamente tollerato; sembra anzi far accrescere l'appetito.

I primi risultati sembravano eccellenti; ma si doveva continuare la somministrazione per mesi ed anni: il paziente è tenuto a continuare la cura almeno per un anno dopo la guarigione.

L'A. ha curato con successo, nel primo periodo, 9 casi complessivamente: 1 cancroide, 3 carcinomi del naso e 5 carcinomi del seno. In tutti seguì guarigione completa, salvo in un caso, in

cui si ebbe esito letale dopo 3 anni. La diagnosi non fu mai assoggettata all'analisi istologica; perciò l'A. dubita che fossero tutti casi di epiteliomi.

Zeller osservò che venivano per lo più favorevolmente influenzati gli epiteliomi ben circoscritti e poco sviluppati, le metastasi ganglionari chiuse, non ulcerate: si retraggono e finiscono per scomparire, lasciando una cicatrice.

Più tardi, sperimentando sui cancri molto estesi ed ulcerati, gli effetti furono poco appariscenti: queste neoformazioni restavano stazionarie o retrocedevano, ma non giungevano mai a scomparire.

Dal 1906 al 1908, con lo scopo di ottenere una azione più rapida, l'A. tentò in prevalenza delle iniezioui sottocutanee ed intramuscolari di un composto di silicio solubile.

Dopo multiple ricerche, condotte in collaborazione col prof. Hehl, al Politecnico di Stuttgarda, egli preparò un etere silicico contenente circa il 13 % di silicio; lo provò sui cani in quella scuola veterinaria e poi sull'uomo a Stuttgarda e nello Istituto di Czerny ad Heidelberg. Le iniezioni riuscivano molto dolorose e non sempre tollerate per un tempo abbastanza lungo. Nell'uomo si otteneva rallentamento del decorso, talvolta riduzione del volume, non mai però guarigione completa.

Questo insuccesso può ascriversi in parte al fatto che Zeller, ammalatosi, dovette interrompere le esperienze; in parte alla scelta di casi troppo avanzati. È da notare per altro che l'etere silicico rimase senza effetto anche sperimentalmente.

In un terzo periodo, a partire dal 1909 ad oggi, l'A. ha aggiunto al trattamento interno con silicio l'uso della pasta arsenico-mercuriale, la cui formola gli fu suggerita dal dott. Staudenmayer.

Eccone la composizione:

Anidride arseniosa.	2
Cinabro	6
Carbone animale	2

M. S.: Polvere da incorporare in una pomata indifferente.

La pasta di Zeller, che da questo autore è stata detta *cinnabarsana*, si applica sul tumore o sui tumori accessibili.

Si comincia col nettare accuratamente la regione mediante benzina. Poi vi si stende la pasta, in strato spesso, così da coprire tutta la neoformazione e le parti immediatamente vicine; si fa seccare; se il tumore è piccolo, si copre con collodio, altrimenti con garza e cotone idrofilo e si fissa mediante striscie di leucoplast. Secondo l'effetto ottenuto, si rinnova il trattamento ogni 8-15 giorni.

Il dolore è molto variabile: dipende dalla sensibilità del malato e dalla sede, dall'estensione, dalla profondità del neoplasma. Se i neoplasmi sono estesi, può essere molto violento e durare per giorni.

Al tempo stesso si somministra il nacasilicum, nella dose di un mezzo grammo, ripetuta due volte al giorno.

La pomata viene assorbita dai tessuti cancerosi e li cauterizza violentemente. Nei primi giorni il tumore aumenta molto di volume, talvolta quasi raddoppia, assume un colore cioccolata e si spappola. Allora è facile estrarre le parti mortificate per mezzo di una pinzetta o di un tampone di ovatta.

La pomata possiede un'azione necrotica molto più debole sui tessuti normali, cui essa conferisce un colorito giallo sudicio. Le nodosità e le vegetazioni maligne se ne differenziano nettamente pel colorito rosso scuro e per la consistenza.

Le masse cancerose non si distruggono *d'emblée*; ma il trattamento va continuato finchè il neoplasma è scomparso.

Persiste una larga ulcerazione a fondo giallo grigiastro sporco. Non appena si abbandona l'uso della pasta arsenicale quest'ulcerazione si ripulisce e risana immediatamente applicandovi una pomata comune all'ossido di zinco, cui si aggiunge un po' di acido salicilico. Le cicatrici in generale sono lisce e d'un effetto estetico soddisfacente.

L'azione si estende, per la via linfatica, alle metastasi prossimiori.

I risultati di questo trattamento combinato sarebbero sorprendenti: dal novembre 1910 alla fine di luglio del 1912 l'A. lo sperimentò su 57 cancerosi: 44 sarebbero guariti da parecchi mesi o da anni, 3 morti in seguito a malattie intercorrenti, 10 erano ancora sotto trattamento ovvero curati da troppo poco tempo perchè la loro guarigione potesse ritenersi stabile. In 20 casi la diagnosi fu confermata dall'esame istologico; negli altri 37 la natura epiteliomatosa era dimostrata dal decorso clinico: alcuni casi erano già stati operati da valenti chirurgi, recidivati e dichiarati perduti. Czerny e una dozzina di medici e chirurgi, dopo aver passato in esame i pazienti e le preparazioni microscopiche e raccolta l'anamnesi,

hanno ammesso — con prudenza — che si trattasse di casi di cancro *guariti*.

Nella sua prefazione alla memoria di Zeller Czerny dichiara: « dobbiamo essere convinti che di tutti i cancerosi cui venne applicato il metodo accennato, la maggior parte è guarita. Quindi il problema della guarigione del cancro è, in massima, risolto ».

Zeller ha curato col suo metodo solo tumori accessibili all'applicazione della pomata: prevalentemente cancroidi, cancri delle mucose (labbra, gote, palpebre, vagina, collo uterino); le altre localizzazioni non si prestano per questa terapia, se non nei casi di neoplasmi superficiali: carcinomi mammari e glandolari in genere, aperti e ulcerati, metastasi nella pelle o nei gangli prossimiori alla superficie, ecc.

Notiamo in particolare che lo Zeller ha applicato il suo metodo in 7 cancri del seno: 3, accertati istologicamente, sono guariti, 2 hanno avuto esito letale, 2 erano in cura nel momento della pubblicazione; inoltre che egli lo ha applicato in 2 casi di cancro del collo uterino, con esito in guarigione.

L'A. avrebbe curato altre varietà se avesse potuto ospedalizzare certi malati. Pur troppo le sue risorse pecuniarie non gli consentivano un'installazione adeguata e ha dovuto attenersi alla cura ambulatoria e limitarsi ad un piccolo numero di forme ben definite e localizzate.

Nella forma attuale, il metodo Zeller non è applicabile contro i cancri profondi: non al tubo digerente nè al corpo dell'utero, che sono le regioni più colpite. Nulla prova, per altro, che ricerche ulteriori non permettano di estenderlo.

L'A. vuole evitare ogni equivoco e ogni interpretazione troppo ottimista. Egli insiste su di un punto: non si può rinunziare ad altri mezzi curativi e sovratutto si ha il dovere di praticare, tutte le volte ch'è possibile, l'operazione chirurgica, la quale rimane sempre il rimedio principale e primordiale contro i tumori maligni.

Il suo trattamento non s'indirizza dunque che a neoplasmi *inoperabili*, perchè trascurati e troppo progrediti, come se ne trovano ancora tanti in specie nella campagna, ovvero perchè coesistono altre gravi malattie (diabete, nefrite, lesioni gravi del cuore o delle arterie), nelle forme a rapidissimo sviluppo, che colpiscono individui giovani, nei casi in cui si prevede inevitabile la recidiva, infine negli individui afflitti da ripugnanza invincibile verso il trattamento chirurgico e quando non paiano indicate altre forme efficaci e sicure di trattamento (come i raggi X, il radium, la ionizzazione e la diatermia distruttiva).

Vantaggio grande di questo procedimento è di essere facilmente accessibile: non richiede istallazioni complicate e costose di sorta, e semplicissimo. Esige soltanto lunga pazienza da parte del malato e del medico ed una certa disciplina, una disciplina alla tedesca.

Un altro vantaggio notevole esso presenta: è inoffensivo.

Nè i raggi X, nè il radium, nè la diatermia, nè la ionizzazione sono così semplici, inoffensivi e a portata di tutti i medici.

Riteniamo però che sarebbe prematuro formulare un giudizio preciso su di esso. Nè si possono per ora indurre i medici pratici a provarlo, se non in casi avanzati, che si sottraggano ad altre cure. Tuttavia Czerny dichiara che « i risultati ottenuti dal dott. Zeller senza interventi operativi sono notevolissimi e devono spronare i medici pratici ad imitarlo ».

Poichè il metodo si dimostra inoffensivo, si potrebbe senza esitazioni utilizzarlo concorrentemente alla cura chirurgica ovvero ad altri interventi. Se da solo è proprio bastevole a realizzare delle guarigioni, non dovrebbe mancare di mostrare la sua efficacia associandolo con altre cure.

Standeumayer ha completato le osservazioni pubblicate da Zeller. Egli stesso aveva fatto uso per lunghi anni di una pasta arsenicale calcata su quella di Cosimo, contenente il 20 % di anidride arseniosa, riportandone alcuni risultati molto favorevoli. Ora egli si propone di completare il trattamento, associandovi il silicio, alla Zeller.

***

Numerosi trattamenti misti sono correntemente applicati nell'Istituto di Czerny, anche nei casi molto gravi, quando l'operazione è divenuta impossibile, quando si sono prodotte recidive e metastasi.

Le modalità variano, Non possiamo insistervi: ci limitiamo ad un accenno relativo ad alcune cure abituali.

Sulla regione primitivamente colpita o sui nodi di recidiva si eseguono delle applicazioni intense di radium o di mesothorium o di raggi X, filtrando debitamente se la lesione è profonda: oltre all'azione anticancerosa, esercitano un'azione calmante sulle terminazioni sensitive e con-

sentono di ridurre la somministrazione dei narcotici e l'intossicazione consecutiva.

Al principio ed alla fine di una serie di applicazioni si praticano iniezioni endovenose di thorium X, nella dose di un milione di unità Mache, ed iniezioni endoneoplasiche o ipodermiche di borocolina, a giorni alterni, nella dose di 5-10 cmc. di soluzione al decimo, raggiungendo la dose massima di 5 grammi per una serie d'iniezioni.

Non si può procedere troppo oltre in questo trattamento combinato, se no il riassorbimento copioso dei prodotti di autolisi provoca un intossicazione mortale. Si deve dunque sospenderlo dopo un certo tempo, per es. dopo due o tre settimane. Nella pausa, che dura 1-2 mesi, si pratica una cura arsenicale e silicica per via interna, si applica la termoterapia (fanghi). Poi si ripete il trattamento per 2 3 settimane; e così via. Importa tenere sempre alte le forze del paziente.

Nei casi avanzati, con molte metastasi e con cachessia manifeste, si richiede una prudenza maggiore per evitare l'auto-intossicazione da riassorbimento (anche negli animali si riesce talvolta a distruggere tumori voluminosi, ma si determina un'auto-intossicazione mortale).

Naturalmente i casi molto avanzati si sottraggono a qualsiasi cura. Ma alle volte si osservano miglioramenti inattesi in infermi che sembravano spacciati. Questi miglioramenti non sono improvvisi: si dichiarano lentamente, alle volte dopo alcune settimane, durante le quali il trattamento sembrava del tutto inerte.

La tecnica adottata va perfezionandosi di anno in anno e i risultati divengono sempre migliori.

***

Da quanto siamo venuti esponendo si desume che le nostre armi contro le neoplasie maligne sono poco precise, ma si riporta il convicimento che apprendendo ad usarle potrebbero ottenersene risultati insperati.

L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Ci limitiamo alle principali relative al 1912:

Tumori. Archivio di G. FICHERA.
Zeitschrift für Krebsforschung.
V. CZERNY. Münch. med. Woch., 9 ottobre 1912.
EWING. New York med. Journal, 19 ottobre 1912, rif. in Riforma Med., 23 novembre 1912.
RIBBERT. Mediz. Klinik, 7 dic. 1912.
BORDIER. *Traitement moderne des épithéliomes.* Paris, 1912; a. a.
WICKAM et DEGRAIS. *Le radium dans le cancer.* Paris, 1912.
FÜRSTENBERG. *Physiologische und therapeutische Wirkungen des Radiums und Thoriums.* Halle a. S., 1912.
STICKER. Berl. klin. Woch. 2 e 9 dicembre 1912.
CLARK. The Journal A. M. A., 21 sett. 1912.
KÖRBL. Langenbecks Arch., vol. 97. Rifer.
THEILHABER. Wien. klin. Woch., 12 sett. 1912: a. a.
MÜLLER CH. Münch. med. Woch., 9 lug. 1912.
KIRCHBERG. Deut. med. Woch., 18 lug. 1912.
A. v. WASSERMANN, KEYSSER, M. WASSERMANN. Berl. klin. Woch., 1 genn, 1912.
G. GOSIO. Il Policlinico, sez. pratica, 11 febbraio 1912.
L. GRILLO. Il Policlinico, sez. pratica, 11 agosto 1912.
NEUBERG u. CASPARI. Deut. med. Woch., 22 febbraio 1912.
NEUBERG, CASPARI u. LÖHE. Berl. klin. Woch., 22 lug. 1912.
DI PALMA. Riv. medica Pugliese, 15 mag. 1912.
IZAR. Pathologica, 15 apr. 1912.
WERNER. Med. Klinik, 14 lug. 1912.
TSCHACHOTIN. Münch. Med. Woch., 29 ottobre 1912.
STRAUSS. Münch. med. Woch., 10 dic. 1912. - Von LINDEN. Münch. med. Woch., 19 nov. 1912. - Von LINDEN, MEISSEN u. STRAUSS. *Beiträge z. Chemotherapie der Tuberkulose*; Würzburg, 1912. - LUTON. La Prov. Méd., 14 dic. 1912.
LOMBARDI-COMITE. Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 7 nov. 1912.
VAUGHAN. The Journal A. M. A., 16 novembre 1912.
MORESTIN. Soc. de Chir., 20 novembre 1912 Rifer.
KOLB. Klin.-therap. Woch., 9 dicembre 1912.
RIES. Schweizer. Rund. f. Med., marzo 1912 Rifer. in Wien. klin. Woch., 26 sett. 1912.
FREUND u. KAMINER. Wiener klin. Woch., 24 ottobre 1912.
V. CZERNY, A. ZELLER. Münch med. Woch. 20 e 29 agosto 1912.
VON WINIWARTER. Le Scalpel, 29 settembre 1912.
STAUDENMAYER. Münch. Med. Woch., 29 ottobre 1912.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Alcuni punti diagnostici e terapeutici delle rotture traumatiche del rene.

(LENORMANT. *Le Progrès Médical*, 14 Sept. 1912).

Nelle piuttosto frequenti contusioni del rene tre questioni importanti deve risolvere il medico, cioè: riconoscere la natura esatta della lesione renale, decidere se deve seguire una terapia aspettante o aggressiva ed infine fare una prognosi lontana sul valore funzionale del rene traumatizzato.

La sintomatologia della rottura renale oltre i fatti generali di shock, ecc., si presenta abba-

stanza caratteristica: dolore, ematuria, oliguria o anuria temporanea ed apparizione di una tumefazione nella regione lombare, alle volte con ecchimosi.

In pratica veramente non sempre la sintomatologia è così chiara e semplice. Nessun valore si può dare ai fatti generali (shock, debolezza e frequenza del polso, vomito, ecc.) potendo aversi sia in lesioni lievi, che gravi del rene, o per lesioni concomitanti di altri organi toracici o addominali.

Il dolore ha un certo valore solo quando è localizzato e persistente: l'oliguria e l'anuria sono incostanti e passeggeri.

Due soli sintomi sono principali e patognomonici, cioè l'*ematuria* e la *tumefazione lombare*. Lardennois disse che l'ematuria è il segnale e la tumefazione la misura della lesione renale. Occorre che questi due sintomi siano nettamente constatati.

L'ematuria deve essere veramente di origine renale. Le circostanze del trauma, i segni locali di contusione superficiale (1) ed altri sintomi la distingueranno da una uretrorragia e da una cistorragia da rottura della vescica.

Nel dubbio il cateterismo risolverà la questione poichè farà constatare in caso di rottura nell'uretra un ostacolo in questa e in caso di rottura della vescica l'assenza di urina o lieve quantità di sangue. Dal cateterismo è meglio però astenersi più che si può, essendo esso facile veicolo d'infezione.

Però l'ematuria nella contusione renale può passare inosservata perchè passeggera o fugace e nei traumi lievi non essere riconoscibile macroscopicamente.

Vi sono casi (secondo Lardennois il 12 %) in cui l'ematuria si mostra tardivamente come vera emorragia secondaria forse dovuta a un focolaio intrarenale apertosi nella pelvi e ciò perfino dopo 14 giorni (Courtey).

Finalmente vi hanno casi in cui l'ematuria manca (5 % Lardennois) tanto nei casi lievi che gravi, come rottura dei grossi vasi dell'ilo (Watson), lacerazione del bacinetto e uretere, spappolamento del rene con apertura del peritoneo, per cui il sangue si espande in questa sierosa o nel tessuto perirenale, come nel caso di Madlener, di Lardennois e dell'A.

Quanto alla *tumefazione lombare*, questo segno è importante come l'ematuria, per la diagnosi ed ancor più per la *prognosi e la indicazione operatoria*. Anch'essa però non è costante; manca nelle rotture interstiziali con capsula integra, nei casi di rottura del peritoneo per cui il sangue si versa nella cavità sierosa ed infine può essere non constatabile, mascherata dalla contrattura muscolare.

La diagnosi è quindi facile quando esiste l'ematuria e la tumefazione lombare (1) nei casi di media gravità e nei gravi: difficile nei casi lievi ed in quei gravissimi ove esistono tali sintomi e così complessi (manca l'ematuria però) da far pensare a lesioni di visceri addominali specie dell'intestino.

Questi casi di contusione addominale con probabile rottura viscerale impongono per una operazione immediata, mentre diversamente dovrà comportarsi il chirurgo nelle gravi contusioni renali. Lejars infatti dice che la chirurgia d'urgenza trova raramente applicazione nelle contusioni renali e ciò perchè esse sono passibili di guarigioni spontanee. I casi sono numerosi e l'A. ne riporta tre personali.

Il primo caso riguarda un ragazzo di 4 anni e mezzo investito da una vettura. All'ospedale non presentava sintomi gravi e solo dopo poche ore urinò sangue; la temperatura salì a 37°.8 e il polso batteva a 88.

(1) I segni locali hanno poco valore per stabilire la sede dell'emorragia. Va ricordato che si può avere una contusione e rottura del rene opposto al punto traumatizzato. Due anni or sono con il collega Frascella avemmo occasione di osservare un soggetto colpito da forte contusione al fianco sinistro con frattura di costole in cui un esame cistoscopico fatto sul tavolo operatorio rivelò che l'ematuria proveniva abbondantemente dal rene destro (*N. del R.*).

(1) Occorre che i dati anamnestici siano precisi nel farci ammettere che la tumefazione lombare non preesista al trauma, ciò naturalmente quando il traumatizzato si presenta all'osservazione del medico dopo alcuni giorni dal sinistro.

Il caso seguente illustra la nota. Nel maggio scorso fu ricoverato nell'ospedale di Santo Spirito un individuo affetto da ematuria di origine renale. L'infermo narrava di essere caduto 15 giorni innanzi, battendo le regioni lombari sopra uno scalino e che, dopo essere stato 10 giorni abbastanza bene, cominciò ad urinare sangue.

Esaminai il malato con il collega dott. Prosperi e constatammo nella regione lombare sinistra una notevole tumefazione non dolente e lievemente spostabile con i movimenti respiratori. Una cistoscopia confermò l'origine del sangue dall'uretere sinistro. Punto persuasi di trovarci di fronte ad un'ematuria traumatica, fu fatta una radiografia, la quale dimostrò la presenza di tre calcoli (*N. del R.*).

Lo stato generale si manteneva buono malgrado per cinque giorni le urine fossero sanguinolenti.

Nulla di anormale nelle regioni lombari.

Dopo pochi giorni lasciò guarito l'ospedale.

Il secondo caso più grave fu dato da un ragazzo di 10 anni che ricevette da un compagno un calcio nel ventre a cui seguirono dolori addominali e *pare* un'ematuria lieve. Il giorno seguente lo stato generale era soddisfacente, ma il polso batteva 120 ed esisteva dolore e contrattura muscolare a destra. Cateterizzato si ebbero urine limpide. Operato si trovò nel peritoneo poco liquido siero-sanguinolento: visceri integri ed un voluminoso ematoma dietro il cieco e colon ascendente. Si chiude il ventre e fu solo nella sera del giorno seguente che il malato urinò sangue in grande quantità e per due o tre giorni. La convalescenza si compì senza incidenti.

Il terzo caso tratta di un giovinetto di 13 anni che cadde dall'alto battendo il fianco destro riportando oltre lesioni locali, fatti generali gravi. Dopo 3 ore urinò sangue, ma in seguito le urine furono emesse chiare. Il giorno seguente al trauma entrò nell'ospedale: aveva temperatura 37°.8, polso 104, dolori diffusi al ventre, più intensi a destra ove si aveva una forte contrattura muscolare e le urine sanguinolenti. Terapia aspettante. Il domani la temperatura sale la sera a 38°.3, però la contrattura è diminuita e lascia palpare una tumefazione al fianco; le urine sono sempre sanguinolenti. La temperatura oscilla fra 38°.4 e 38°.8. Al 7° giorno l'ematuria cessa e si ha una *crisi poliurica* poichè l'urina da 500-600 cmc. nelle 24 ore va a 1200-1600 per 5 giorni.

La tumefazione lombare va riducendosi di volume ed era ancora percettibile quando il malato lasciò l'ospedale, cioè dopo 20 giorni.

A conferma dei risultati della cura aspettante nelle contusioni renali riporta l'A. la statistica di Frank che di 30 casi, 26 lasciati a loro stessi guarirono e 4 operati (2 per complicazioni settiche e 2 per errore di diagnosi) si ebbe un morto dei due settici. Opposta a questa è la statistica di Lardennois che sopra un totale di 700 casi raccolti nella letteratura ha il 28 % di morte nei casi non operati e il 18 % in quelli operati precocemente. Ma lo stesso A. riconosce i vantaggi dell'aspettativa e dice solo che non bisogna dichiararsi astensionisti assoluti. Si deve operare quando esistono le indicazioni. Queste sono l'*accrescimento progressivo e rapido dell' ematoma* e i *segni di grave emorragia interna*. Più tardi l'infezione del rene o dell'ematoma sarà indicazione secondaria: ma essa oggi è rara.

Circa l'*avvenire dei reni traumatizzati* si indica la sopravvenienza della *nefrite traumatica*, la *litiasi traumatica* e la *idronefrosi traumatica*. Queste due ultime sono rare.

La nefrite sarebbe frequente (Klippel e Chobrol hanno pubblicato un caso con edema unilaterale) e Lardennois, fondandosi sulla ipotesi di Castaigne e Rattery, che cioè i prodotti di disintegrazione del rene leso producono una nefrite nell'altro, trova in questa un argomento in favore dell'intervento. Questa teoria non è assolutamente dimostrata. Neppure per l'A. è esatta l'affermazione di Lardennois che la nefrite è stata osservata solo nei casi in cui non vi fu intervento o fu tardivo poichè più recentemente il Lardennois e il Fredet esaminando la funzione dei reni contusi e non suturati trovarono una diminuzione considerevole di essa.

Per l'A. la nefrite traumatica non ha grande importanza per il trattamento immediato delle rotture renali.

A. L. BONANOME.

MEDICINA.

Studio clinico sull'ulcera gastrica e duodenale.

I concetti odierni sulla sintomatologia e sulla patogenesi dell'ulcera gastrica sono alquanto modificati da quelli dominanti fino a qualche anno fa. Il Friedenwald (*Am. Journ. of the Med. Assoc.*, August, 1912) ha portato un notevole contributo allo studio della questione, giacchè le sue osservazioni si riferiscono a circa mille casi di ulcera gastrica e duodenale: spigolerò nel suo lavoro i concetti fondamentali.

La percentuale degli individui affetti da ulceri gastriche e duodenali rispetto agli altri gastropazienti e di circa l'8 per cento. La massima frequenza si ha tra i 20 ed i 50 anni, le donne sono colpite in una proporzione doppia degli uomini. L'anemia si può considerare come costante; gli eccessi dietetici si riscontrano nella anamnesi in circa la metà dei casi. Le osservazioni più importanti del Friedenwald sono quelle riferentesi al chimismo gastrico: egli ha trovato che la maggior parte delle ulceri gastriche non presenta alterazioni dell'acidità: così nel 46 % dei casi osservati il valore dell'acidità era nei limiti normali: nel 24 % dei casi riscontrò una ipocloridria molto spiccata: l'iperacidità fu osser-

vata invece solo nel 30 % dei casi. Egli ha inoltre notato che l'iperacidità è più frequente negli uomini mentre l' ipoacidità nelle donne. Nelle ulceri recenti, specialmente in quelle in cui si è verificata da poco tempo un'emorragia, l'acidità ha un valore alto, mentre nelle forme croniche l'acidità è bassa.

La durata media dei sintomi è di dodici anni. Il dolore fu constatato dall'A. nel 94 % dei casi e fu trovato molto più frequente ed accentuato nei casi che si accompagnano a forte iperacidità. Il dolore compare talora subito dopo i pasti nell'ulcera gastrica; nell'ulcera duodenale invece un certo tempo dopo; spesso si verificano delle intermittenze sia del dolore che degli altri sintomi della durata di uno a più mesi.

La dolenzia all'epigastrio è presente almeno nel 90 % dei casi; il punto doloroso dorsale nel 32 %. Il vomito fu constatato dall'A. nel 67 % dei casi. L'ematemesi era presente nel 22 %, la melena nel 51 %: quindi questa si verifica con una frequenza doppia: l'esame per le emorragie occulte dette risultati positivi nell'81 % dei casi.

Sui 1000 casi di ulcera esaminati dall'A. la gastrica era rappresentata dal 48 % e dal 52 % la duodenale.

Nell'ulcera duodenale nel 48 % si trovarono valori di acidità normali, nel 35 % iperacidità e nel 16 % ipoacidità: quindi l'iperacidità è più frequente e l'ipoacidità più rara che nell'ulcera gastrica. Anche qui i valori alti dell'acidità sono più frequenti negli uomini. Il dolore nell'ulcera duodenale è più frequente che nella gastrica (96.5 %) ed i periodi di remissione dei sintomi si possono considerare quasi costanti e possono durare anche uno o due anni.

Il dolore all'epigastrio si ha nell'89 % dei casi: punti dolorosi a destra e a sinistra della linea mediana furono trovati dall'A. solo nel 7 %. Il vomito si verificò nel 21 % e più frequentemente nei casi accompagnati da forte acidità, la melena si ebbe nel 54 % e l'esame delle emorragie occolte riuscì positivo nell'83 %.

Per quel che si riferisce alla cura l'A. ha constatato colla cura di Leube rigorosa il 72 % di guarigioni, colla cura di Lenhartz 66 %, colla cura ambulatoria col nitrato d'argento 47 %, 50 % col sottonitrato di bismuto e 40 % coll'olio di oliva. Nel 91 % dei casi in cui s'intervenne chirurgicamente (71) si ebbe una guarigione definitiva. Queste cifre dimostrano l'inferiorità del trattamento ambulatorio al trattamento rigoroso in letto.

La diagnosi di ulcera gastrica o duodenale spesso è difficilissima perchè le forme atipiche sono frequentissime e possono mancare completamente sia il dolore spontaneo che la dolenzia alla pressione all'epigastrio, la nausea e il vomito, l'ematemesi e la melena. Per ammettere con sicurezza la diagnosi di ulcera bisogna dimostrare la presenza di emorragie occulte, però nell'ulcera in via di guarigione esse possono mancare. D'altra parte traccie di sangue nelle feci possono aversi nelle più svariate malattie.

La diagnosi differenziale tra ulcera gastrica e duodenale spesso è difficilissima ed in alcuni casi è impossibile. Generalmente si ammette che il dolore che compare due ore o più dopo i pasti parla per un ulcera del duodeno mentre il dolore precoce è in rapporto con una localizzazione gastrica: la presenza di sangue nel vomito si ha pure nell'ulcera duodenale, però se si verifica costantemente deve far pensare piuttosto ad una ulcera gastrica.

Lo scambio diagnostico più frequente della ulcera gastrica è colle nevrosi gastriche: la presenza d'ipercloridria parla però in favore dell'ipotesi di ulcera. Una difficoltà gravissima talora insuperabile sta nella diagnosi differenziale tra calcolosi epatica e ulcera duodenale.

La cura dell'ulcera deve essere continuata per un lunghissimo periodo di tempo (2-3 mesi) se vogliamo evitare le recidive.

Come cura è sempre preferibile quella di Leube specialmente quando esiste grave deperimento. La terapia chirurgica deve intervenire solo quando una lunga terapia medica ha fallito, specialmente quando esiste forte dolore e vomito e si ha tendenza alla recidiva. Indicazioni assolute sono la perforazione e la stenosi pilorica.

P. ALESSANDRINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI SANSEVERINO-MARCHE.

Osservazione clinica sopra un caso di tumore del cervello

pel prof. FRANCESCO LAUREATI,
primario del reparto medico.

Il 19 luglio 1910 il possidente di campagna M... P..., di anni 45, entra nel reparto medico di questo ospedale ed occupa il letto n. 5 della corsia uomini. Suo padre morì a 62 anni per emorragia cerebrale; la madre, ottantenne, vive tuttora e gode buona salute. Perdè una sorellina in tenera età per malattia non bene precisabile; ha un fratello, due sorelle e due figliuoli viventi e sani. Egli sofferse da bambino di rachitismo, del quale non conserva la menoma traccia; poi stette sempre bene fino a 18 anni, quando superò una malattia polmonale acuta, febbrile, durata quindici giorni.

A 30 anni tolse in moglie una robusta donna, che condusse a termine le due sole gravidanze, seguite da parti normali, e non ebbe alcun aborto. Da tre anni è sofferente di catarro enterico cronico, di molto migliorato in questi ultimi tempi per adeguate cure, residuandone soltanto ostinata stitichezza. È immune da lues, non è fumatore, non ha abitudini alcooliche; si è sempre dedicato con trasporto alla caccia e, per questa bisogna, tiene presso di sè dei cani, che predilige ed accarezza; mai ebbe a riportare traumi sul capo od in altra parte del corpo, nè sofferse malattie dell'apparecchio uditivo.

Da un anno circa ha cominciato a presentare esagerazione della sua abituale irascibilità, lieve affievolimento dell'intelligenza, pur conservando integra la memoria e continuando ad occuparsi bene dei suoi affari. A circa tre mesi addietro sembra risalgano i fenomeni più salienti in rapporto con l'ultima sua infermità, e cioè perdita dell'appetito, leggero dimagramento, anemia, quindi cefalea quasi continua, più intensamente frontale, sostituita talora ed aggravata da accessi di emicrania a destra, senso di debolezza generale, facilità a stancarsi dopo una breve passeggiata od uno dei più ordinari lavori, qualche fugace vertigine: non vomito, non febbre. Da quest'epoca, per congedo ordinario del medico di quella sezione, essendo stato visitato saltuariamente da altri colleghi viciniori, non ci è riuscito, sino a dodici giorni innanzi al suo ingresso in ospedale, avere notizia alcuna sullo stato di salute del M..., che l'8 luglio richiamò l'attenzione dei congiunti su altri fatti grossolani, ma non di meno privi di valore; egli cioè strisciava in modo marcato il piede sinistro nel camminare, e, quasi nello stesso tempo, cominciava a dimostrare impossibilità di mantenere la stazione eretta: accusava vertigini più accentuate ed imprimeva movimenti frequenti e disordinati a tutti gli arti, in particolare a quelli inferiori. Il giorno 11 ebbe anche vomito, e sin da allora, riuscite inefficaci l'applicazione di un vescicante alla nuca e la somministrazione di una miscela di bromuri non solo, ma, accertato il progressivo aggravarsi dei fenomeni osservati e riferiti più sopra, i parenti si determinarono di trasferirlo all'ospedale.

Esame obbiettivo generale. — Scheletro ben conformato, muscoli discreti, pannicolo adiposo scarso, glandole linfatiche delle varie stazioni normali per volume e per consistenza, cute pallida su tutta la superficie del corpo, mucose visibili rosee, prolabia leggermente cianotiche, assenza di edemi, sistema pilifero ed ungueale normali. I bulbi oculari non sono sporgenti; l'ispezione diretta delle cavità della bocca e del naso, quella otoscopica di ambo i lati riescono negative. Il cranio è regolare per volume e per configurazione, non offre alcuna differenza di temperatura nelle sue varie parti simmetriche; la percussione, in qualsiasi zona venga praticata, esacerba il dolore, dà risuonanza più ottusa nella regione temporo-parietale destra e rumore di pentola fessa nella regione omologa sinistra. Temperatura ascellare 36°.5 C. il mattino, 37°.1 la sera.

Apparecchi respiratorio e cardio-vascolare. — Non si rileva alcun fatto degno di nota nè plessimetrico, nè stetoscopico; gli atti respiratorii sono 20 al 1'; il polso regolare, ampio, non teso da 58 battiti al 1'.

Organi addominali e genito-urinari. — È facile provocare, anche lungi dall'ingestione di alimenti o di bevande, rumore di guazzamento nello stomaco, non ingrandito. Nessuna anomalia a carico degli organi genito-urinari.

Sistema nervoso:

Atteggiamento. — Il malato decombe sul dorso, che mantiene rigido in opistotono, il capo rovesciato in dietro; i muscoli della nuca contratti, il ventre avvallato a scafo: egli, per lo stato spastico permanente dell'arto inferiore sinistro e per l'opistotono, formante della colonna vertebrale un arco a concavità posteriore, non può mantenere, senza il valido appoggio di un infermiere, la stazione eretta, e, per tale condizione, gli riesce affatto impossibile di camminare; tuttavia tentando di obbligarlo a restare diritto sui piedi, si sforza di reggervisi con l'imprimere al tronco rigido larghe oscillazioni laterali, pendolari sul bacino, ma tende subito a cadere all'indietro, quasi fosse d'un sol pezzo.

Nulla a carico del facciale superiore; la commessura sinistra delle labbra è un pochino abbassata, rispetto a quella destra; la lingua, quando viene protrusa, devia verso sinistra; però è bene abbassata e portata speditamente da un lato e dall'altro; non esiste alcun disturbo della favella; la deglutizione si effettua senza ostacoli.

Motilità. — L'infermo muove liberamente in tutte le direzioni i bulbi oculari; non presenta strabismo, nè diseguaglianza delle pupille, normalmente ampie; eseguisce a stento, dietro invito, i movimenti per flettere e volgere a destra od a sinistra il capo. Notasi agitazione continua, disordinata degli arti superiori e inferiori; i movimenti di presa degli oggetti sono a destra

meno incerti e meno largamente oscillanti che a sinistra; non si osservano tremori di sorta. Alla flessione ed all'estensione passiva gli arti superiori ed inferiori di destra non oppongono veruna resistenza; gli arti di sinistra invece sono decisamente ipertonici nelle loro varie sezioni. I movimenti passivi della colonna, come la pressione lungo le docce vertebrali, suscitano modico dolore.

Sensibilità. — Cimentando la tattile si ottengono risultati poco precisi, per la difficoltà di mantenere ben desta l'attenzione del soggetto: sembra tuttavia diminuita su tutta la metà sinistra del corpo. Dati più esatti si ricavano dal saggio della sensibilità dolorifica, che, egualmente alla elettrica ed alla termica, è più debole su questo lato. Non esiste allocheria.

Comprimendo i nervi superficiali nei punti di uscita dalle ossa non si determina a sinistra alcuna reazione, mentre a destra si suscita dolore evidente.

Sensi specifici. — La vista è normale in ambo gli occhi, la percezione dei colori è integra; il campo visivo non è ristretto, non esiste emianopsia.

L'udito è conservato; però non si riesce a stabilire se esistano differenze di grado fra i due lati. L'olfatto ed il gusto sembrano integri, benchè di quest'ultimo non siansi potuti trarre saggi precisi nelle varie sezioni della lingua: il senso della fame e della sete è bene compreso.

Riflessi. — Il congiuntivale ed il corneale sono vivaci in ambo i lati; l'irideo è pronto tanto alla luce, quanto all'accomodazione ed al dolore; i vasomotori sono molto appariscenti su tutta la superficie del corpo; mancano i cremasterici e gli epigastrici. Dei tendine è assente il tricipitale di destra e di sinistra; il bicipitale e l'olecranico sono deboli; dei rotulei, il sinistro è esagerato, il destro normale; gli achillei rispondono debolmente; il Babinski è vivace a sinistra; non riesce di provocare il clono del piede; manca il Koernig.

Coscienza. — Il malato, nel primo giorno di degenza, è subincosciente; successivamente si dimostra apatico e resta indifferente in compagnia della moglie e dei figliuoli, con i quali preferisce serbare il silenzio, interrotto solo da qualche sospiro. La memoria relativa ai fatti più comuni è ben conservata; si interessa allo stato di sua salute. In alcune ore del giorno risponde volentieri, speditamente ed a tono, ad ogni domanda, lamentandosi della cefalea a prevalenza frontale e localizzata alla metà destra del capo, ove spesso porta la mano corrispondente; in altre ore, invece, giacendo sempre immobile sul letto, accenna di comprendere bene le domande rivoltegli, ma resta in un atteggiamento di stupore, ed eseguisce con svogliatezza e ritardo solo i movimenti, che lo si invita a compiere. Nella notte dorme sonni tranquilli, raramente interrotti.

Sfinteri. — Pur essendo integri il malato ha d'ordinario stipsi e, quando è subincoscente, vuota completamente la vescica, dimostrando di non avvedersene.

Esami accessori. — Le urine estratte col catetere sono limpide, di colorito giallo-paglierino, a reazione acida, densità 1020, non contengono albumina, nè zucchero, tracce d'indacano: all'esame microscopico non vi si rinvengono elementi anormali.

Con la *puntura lombare* si ottiene fuoriuscita, a gocce ravvicinate, di liquido limpido come acqua di roccia, nella quantità di cmc. 20; lasciato in riposo nel tubo sterile dà luogo alla formazione di un reticolo molto esile, foggiato come la punta di un dito di guanto; contiene il ½ per mille di albumina, cloruri abbondanti, non zuccaro; nello scarso sedimento, ottenuto con la centrifugazione, si trova qualche raro linfocito, nessun germe.

Con l'*esame del sangue* si contano 5,400,000 globuli rossi, 800,000 globuli bianchi; emoglobina 55.

La *cutireazione* alla tubercolina riesce negativa.

All'*esame oftalmoscopico* non si osservano tubercoli nella coroide, nè vien dato di constatare l'esistenza della papilla da stasi; ripetuto anche dai colleghi dott. Palombi e capitano medico dott. Farroni, che in quei giorni dirigeva nella nostra città l'infermeria presidiaria, impiantatavi in occasione delle manovre del VII Corpo d'Armata, dette sempre eguali risultati.

Diagnosi clinica. — Riporterò in seguito il sunto della discussione, con la quale, escludendo le altre varie ipotesi, che avrebbero potuto in parte essere spiegate dalla sintomatologia complessa presentata dal caso, arrivai a formulare la diagnosi di tumore cerebrale,

situato in vicinanza della capsula interna di destra, branca posteriore. Riguardo alla natura della neoplasia ritenni trattarsi, con ogni probabilità, di glio-sarcoma, come il più frequente e comune nel cervello. Tale diagnosi di sede e di natura a me parve la meglio accettabile, perchè avvalorata da maggior numero di dati, in armonia col quadro fenomenico; e di questo stesso parere furono anche i colleghi Chiocci, Farroni, Palombi e Caselli, ai quali mostrai ripetute volte il mio infermo.

Prognosi. — Assolutamente infausta e per la diagnosi probabile di natura e per quella certa di sede, stabilita la quale, per l'assoluta inaccessibilità del tumore alla mano chirurgica, limito la

Cura ad iniezioni di bicloruro di mercurio e, non essendo tollerato l'ioduro di potassio per via gastrica, prescrivo iniezioni iodo-iodurate alla Durante: ghiaccio al capo.

Riassunto della diaria. 20 luglio. — Permangono lo stato di agitazione, i movimenti disordinati degli arti, la cefalea. La temperatura nel mattino di 36°.9 C. salisce la sera a 39°.4 C., polso 76, atti respiratori 20 al 1'.

Dal *21 al 27 luglio* la temperatura oscilla da 36°.5 a 37°.2 nel mattino, da 37°.6 a 38°.4 nel pomeriggio; il polso, con gli stessi caratteri avanti notati, da 54 a 70 battiti, il respiro da 16 a 22 atti al 1'. Le condizioni del malato si mantengono pressochè invariate; non delirio, nè allucinazioni, ma solo tendenza al sonno calmo.

28 luglio. Temp. 37°.2-37°.5, P. 72, R. 16; aumento dell'ipertonia muscolare nell'arto superiore sinistro; il braccio è addossato al tronco, l'avambraccio flesso ad angolo retto sull'omero; lo stesso arto è sede di qualche scossa tonicoclonica e di tremore evidenti. Si nutre di latte, brodo, uova. Nelle ore pomeridiane sopore profondo con rilasciamento muscolare parziale del braccio sinistro. La nuca è fortemente retratta, il ventre avvallato; strie del Trousseau molto appariscenti; riflessi addominale e cremasterico sempre mancanti; vivacissimi il patellare ed il Babinsky a sinistra.

29 luglio. T. 37°.2-37°.5, P. 72. Nelle prime ore del mattino ritorno della coscienza e delle idee ordinate; anche nel pomeriggio d'oggi si ripetono gli stessi sintomi rilevati ieri; orine con gl'identici caratteri più sopra descritti.

30-31 luglio. T. 37°.5-38°, P. 62, R. 20. Lo stato dell'infermo si rende, nello stesso ordine dei giorni passati, manifestamente più aggravato.

1° agosto. Constatata l'assoluta inefficacia della cura mercuriale e iodica e, tenendo conto delle cattive condizioni del polso, la si sospende e si praticano iniezioni eccitanti.

2-3 agosto. Condizioni gravi invariate.

4 agosto. Si stabilisce continuo, per tutte le 24 ore, lo stato di narcolessi. Temperatura 38°.5-38°.9, P. 58, respirazione a tipo Cheyne-Stokes. Iniezioni eccitanti.

5 agosto. T. 39°.5, P. 70; coma completo; alle ore 16.15 morte.

Necroscopia. — Aperta la scatola cranica, normale in tutte le sue parti, si rinvengono fortemente congesti i vasi della dura madre, tesa e lucente: allontanatala, nulla si scorge di patologico nella pia meninge sia della convessità, che della base; l'emisfero destro appare più voluminoso del sinistro, con circonvoluzioni e solchi di configurazione e di aspetto normali.

Con taglio orizzontale dell'emisfero destro, praticato sul piano del corpo calloso, in modo da non aprire il ventricolo sottostante, si rinviene il centro semiovale normale; apertolo longitudinalmente a strati, fuoriesce, dalla cavità ventricolare, un liquido limpido, incolore, nella quantità di circa gm. 150. Rimosso il tegmento si mette in evidenza, nella parte posteriore del ventricolo destro, un tumore unico, bianco-grigiastro, rotondeggiante, del volume di un uovo di pollo, con diametri di cm. 5 ½ × 3 ½, a superficie mammellonata, percorsa in tutta la sua estensione, da piccoli vasi ondulati e congesti. In due punti, e precisamente nella sommità del polo anteriore, poco dietro di questo e vicine fra di loro, esistono due chiazze granulose, di colorito giallastro, della grandezza di una moneta da un centesimo, non interessanti lo spessore del neoplasma, ma limitate alla sua corteccia. Il tumore ricopre in parte il nucleo lenticolare, che appare allontanato dal talamo ottico, completamente nascosto dalla massa di neoformazione, intorno a cui può girare la punta del dito e percepirne la larga base d'impianto, occupante, senza oltrepassarla, tutta la branca posteriore della capsula interna. Asportatolo, pesa circa gm. 50,

appare al taglio costituito di sostanza simile alla cerebrale, grigio-biancastra, povera di vasi e di consistenza alquanto maggiore a quella delle parti vicine: si riconosce all'osservazione macroscopica per un glio-sarcoma, quale in vita era stato sospettato per il suo rapido sviluppo. La diagnosi anatomo-patologica viene confermata dall'esame istologico del pezzo, gentilmente praticato dal prof. Nicoletti, aiuto nell'Istituto di patologia chirurgica della Regia Università di Roma; ed ora compio il dovere di esprimere a lui i sensi della mia gratitudine.

Normali tutte le altre parti dell'encefalo. Nulla di patologico si riscontra nè a carico del midollo spinale e dei suoi involucri, nè a carico dei visceri contenuti nella cavità toracica e addominale: i reni si presentano macroscopicamente sani.

(*Le osservazioni sul caso clinico al prossimo numero*).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 novembre 1912.

Presidenza: Prof. F. **Durante**.

Prof. L. **Concetti**. *Un nuovo caso di Leishmaniosi.* — Presenta un caso di Leishmaniosi in una bambina di 17 mesi.

Riferisce la storia clinica e l'esame del soggetto da cui risultava uno stato anemico accentuato. La puntura della milza dette poi preparati che colorati col metodo di Giemsa, fecero notare la presenza di numerosi parassiti ovalari o rotondi con protoplasma colorato in bleu, con nucleo eccentrico intensamente colorato collo stesso colore.

La madre assicura che la bambina non è mai stata a contatto con cani, per cui il caso è interessante essendosi constatato in un soggetto che abitava nel continente ed in un punto lontano dalle solite vie di comunicazione (costa mediterranea).

La bambina presentemente è in cura nella Clinica pediatrica della R. Università di Roma, ma i mezzi impiegati sono stati senza successo. Il prof. Concetti si domanda se non sarebbe il caso di tentare la splenectomia, in questo genere di malattie.

Prof. **La Torre** F. *Degli intimi rapporti del peritoneo con il sottostante tessuto muscolare dell'utero.* — Il prof. La Torre riferisce il risultato dei suoi studi sugli intimi rapporti del peritoneo con il sottostante tessuto muscolare dell'utero.

R. **Alessandri**. *Echinococco delle vertebre con compressione del midollo. Operazione. Guarigione.* — L'O. presenta un giovane di 21 anni da lui operato, senza precedenti ereditari e personali di importanza, non luetico, che mentre prestava il servizio militare, da più di un anno senza disturbi, cominciò ad avvertire parestesie e contrazioni toniche negli arti inferiori, che aggravandosi portavano rapidamente ad una paraplegia completa, con anestesia, paralisi della vescica e del retto.

Riescirono inutili le cure antiluetiche e l'applicazione di un busto gessato.

Vi era dolore alla pressione dell'apofisi spinosa dell'XI dorsale e sulla doccia vertebrale corrispondente. Radioscopia negativa.

Fatta diagnosi di tumore comprimente il midollo fu operato il 16 agosto: narcosi generale: laminectomia col processo dell'A. della 10ª, 9ª, 8ª e 7ª dorsale. In corrispondenza della 7ª si trovò una cisti che occupava in parte il cavo rachideo spostando il midollo, e in parte si sviluppava nel mediastino: apertura; vuotamento del liquido e delle cisti figlie, asportazione delle membrane; zaffamento; chiusura per prima del resto dell'incisione. Guarigione senza incidenti. La sensibilità ritornò subito dopo l'atto operativo, anzi per qualche giorno vi fu iperestesia e iperalgesia; la paralisi vescicale cedè al secondo giorno: la rettale più lentamente; la motilità riapparve parzialmente dal secondo giorno, ma andò migliorando lentamente fino a quasi completo ristabilimento, residuando ora (cento giorni dalla operazione) una lieve paresi spastica, limitata quasi esclusivamente all'arto inferiore sinistro.

L'O. mette in evidenza anche la perfetta solidità della colonna, data la conservazione delle apofisi spinose coll'apparato legamentoso, col suo processo operatorio.

I casi simili nella letteratura sono rari, e i successi operatori molto scarsi.

Prof. R. **Bastianelli**. *Operazioni sul ganglio di Gasser con anestesia locale.* — Il prof. Bastianelli riferisce su di un'operazione del ganglio di Gasser con anestesia locale. Espone la tecnica seguita non solo per l'operazione ma anche per introdurre l'ago che fa penetrare l'anestesico nell'interno della cavità cranica in vicinanza del ganglio stesso.

Prof. R. **Bastianelli**. *Sul modo di chiudere il bacinetto renale dopo la pielotomia.* — Lo stesso O. riferisce sul modo di chiudere il bacinetto renale dopo la pielotomia ed illustra alcuni casi clinici da lui operati.

Prof. R. Campana. *Appunti biologici a proposito di coltura del* bacillo tubercolare *di R. Koch su un nuovo terreno semplicissimo privo di albumosi.* — Il terreno che ha adoperato è così composto:

Carbonato di potassio . . 1
Acqua distillata 100
Glicerina 10
neutralizzato e sterilizzato s. a.

Adopera questo materiale da circa due mesi ed i risultati avutine sono incoraggianti, poichè con esso ha ottenuto quel che si ottiene coi materiali indicati dalle prescrizioni di R. Koch e continuate e moltiplicate dal suo aiuto di fiducia in cotesti studi.

Anzi deve dire che la sterilizzazione essendo più facile e non richiedendo le ripetute sterilizzazioni in autoclave, riesce più spicciativa senza temere invasioni accidentali, ove non si tenga grande rigore di sterilizzazione come accade con altro terreno misto ad asparagina e con più componenti salini.

Naturalmente esso richiede le precauzioni nella tecnica di sospensione del materiale e di avere una incubatrice infissa o fatta in fabbrica, per evitare il tremolio nell'apertura e chiusura della incubatrice, che facilita la caduta in fondo dello *Erlenmeyer* del materiale in isviluppo, con arresto naturalmente di ogni ulteriore moltiplicazione in questa parte caduta in fondo del liquido.

La semplicità del mezzo di coltura come terreno ci fa ricordare quel che accade nella tenacità di vita di codesto bacillo fuori l'organismo, mantenutosi su polviscoli, su sostanze solide disseccate.

Non è il caso di discutere se su questo terreno si conservino tutte le proprietà di virulenza del B. di Koch perchè è mancato anche il tempo a queste ulteriori ricerche — quello che ha potuto vedere è la moltiplicazione del bacillo nei nodi linfatici inguinali dopo 12 giorni che era stato iniettato nel sottocutaneo di dette regioni in cavia.

BALDONI.

Società di Scienze Mediche in Conegliano.

Seduta dell'8 novembre 1912.

Zamboni. *Voluminoso linfosarcoma della regione laterale sinistra del collo.* — Presenta un grosso tumore recidivante, che venne enucleato, recidendo le intime aderenze con i grossi vasi, escidendo l'ansa dell'ipoglosso e la giugulare, e allacciando la carotide esterna con ottimo esito postoperatorio. Trattavasi di un linfosarcoma a piccole cellule rotonde.

Benedetti. *Un raro esito di cirrosi epatica atrofica.* — Riferisce di un infermo affetto da volgare cirrosi con ascite, che nello spazio di pochi mesi fu sottoposto a 12 paracentesi con fuoriscita di abbondante liquido. In seguito ad una di queste ferite infetta, si sviluppò una eresipela, con fatti di risentimento peritoneale, dopo di che il liquido ascitico venne a scomparire nè più si riprodusse, in sette anni che l'A. tenne in osservazione il malato. L'A. non sa spiegare esattamente la ragione di questo fatto.

Barnabò V. *Sulla resezione del testicolo.* — Riferisce alla Società i dati sperimentali, già pubblicati sul *Policlinico* (Sez. Chir., 1912).

Seduta del dicembre.

Zamboni presenta un caso di un giovane di 28 anni che, cadendo da una bicicletta, battè la testa, senza riportare apparentemente alcuna lesione grave. Nei giorni successivi abbe a soffrire dei forti patemi d'animo. Dopo cinque giorni dalla caduta improvvisamente restò paralizzato nei territori dell'ipoglosso, del faciale inferiore, nell'arto superiore e in quello inferiore dal lato opposto di dove era avvenuto il trauma. La rachiocentesi dà esito a liquido limpido, incolore, a forte pressione. Ritiene trattarsi di *ematoma epidurale con compressione della zona rolandica* e propone l'intervento.

Schileo, data la distanza dei fenomeni paralitici del trauma per un periodo di alcuni giorni in perfetto benessere, propende per una emorragia centrale indipendente dal trauma, e non è proclive all'intervento.

Barnabò V. pensa che il trauma abbia potuto apportare una lesione vasale differente da una rottura, ad esempio un aneurisma traumatico, il quale avrebbe potuto rompersi alcuni giorni dopo in seguito al fatto emotivo intenso, causando così un ematoma epidurale, e la compressione della zona rolandica, e spiegandosi così in questo caso quello che il Borri chiama « intervallo libero ». Concorda quindi con Zamboni per l'atto operativo.

Maresio accetta l'atto operativo, dato che l'intervento non può che giovare all'infermo, se non altro per la decompressione, nel caso che non si trovasse l'ematoma.

Zamboni con rincrescimento comunica che la famiglia ed il malato rifiutano l'intervento; e deve perciò limitarsi alla cura palliativa.

Seduta del 3 gennaio 1913.

Barnabò V. *La lussazione posteriore del ginocchio* — Riferisce la storia di un caso di lussazione traumatica posteriore completa del ginocchio con conseguente cangrena, dovuta a trombosi vasale per imbrigliamento dei vasi poplitei tra le due ossa lussate. Ne trae occasione per istudiare ampiamente la patologia di questa rara lesione traumatica, anche per le sue gravissime complicazioni.

V. BARNABÒ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerca dell'acido acetacetico nelle urine.

Il Ganassini, dell'Istituto di fisiologia di Pavia, propone un nuovo metodo di ricerca, per rivelare anche tracce di acido acetacetico nelle urine, la cui importanza non può sfuggire a chi consideri il resultato degli ultimi studi sull'acidosi diabetica.

Il reattivo, che l'A. usa, va preparato volta per volta; in un cilindro graduato si versano 2 gocce d'olio d'anilina, e 3 gocce prelevate con pipetta di eguale calibro di acido cloridrico concentrato (d. 1.19), quindi si aggiunge acqua distillata fino a raggiungere il volume di 10 cmc.; a questa si aggiunge della soluzione di nitrito di potassio al 4% 4 cmc. e si agita; il liquido, pronto per l'uso, deve essere limpido, di colorito leggermente giallognolo, esso contiene in soluzione cloruro di diazobenzolo.

Se la soluzione risultasse torbida, si aggiunga ancora una piccola goccia d'HCl e si agiti oppure si prepari di nuovo versando 4 invece di 3 gocce d'HCl.

Si prendano 5 cmc. d'urina e si mescolino con 5 cmc. del reattivo, quindi con 10-12 gocce d'ammoniaca si neutralizzi parzialmente; lasciato a sè il liquido s'intorbida lentamente per formazione di un precipitato rosso-arancio; in 5-10 minuti, raramente in mezz'ora la reazione è completa. Se l'urina non contiene acido acetacetico il liquido rimane presso che limpido e inalterato.

La reazione può essere completata con altre ricerche. Il composto formazilico formatosi, e sospeso sotto forma di precipitato, può essere disciolto nell'etere, che si aggiunge in un volume di 10 cmc. circa; e si agita dolcemente; l'etere si colora, a seconda della quantità del composto formazilico, in rosso-arancio più o meno carico; se non v'ha acido acetico l'etere si colora in giallo limone. Ma per assodare meglio la presenza di acido acetacetico, che con le due prime esperienze si aveva ragione di ritenere presente, in una capsulina contenente poco acido cloridrico concentrato fumante si pone un pezzo di carta da filtro e su di essa si lasciano cadere 2 o 3 gocce dell'etere colorato in giallo o in arancio, in diversi punti. L'etere si evapora subito sulla carta e rimane una macchia circolare giallognola che diviene di un bel colore violetto sotto l'azione dei vapori d'HCl se nell'urina si trovavano presenti anche piccole quantità d'acido acetacetico, invece la macchia rimane giallognola, o al più diviene rossastra se l'acido acetacetico era assente.

La macchia violetta rimane tale sotto l'influenza dei vapori d'HCl, ma se è levata diviene gialla; ridiventa violetta se di nuovo sottoposta ai vapori di HCl.

L'etere stesso (5 o 6 gocce) lasciato cadere in una provetta contenente 5 cmc. d'HCl concentrato, colorano il liquido in un bel violetto se presente l'acido acetacetico, in giallo brunastro se questo è assente.

Dalla soluzione cloridrica si può estrarre il colorito violetto con cloroformio (1 cmc.) il cloroformio si colora in viola se presente l'acido acetacetico, in giallastro se assente.

La reazione si può considerare come specifica: solo l'acido acetondicarbonico dà questa reazione, ma esso non è stato mai rinvenuto nelle urine.

(*Bull. della Soc. med. chir. di Pavia*).

t. p.

CASUISTICA.

Il sintoma di Simpson: i dolori periodici nella donna.

Snéguirev (*Monatschr. fur Geburtsh. und Gynäk.*, luglio 1912) porta un utile contributo alla conoscenza del valore clinico del sintoma di Simpson; questi, mezzo secolo fa circa, quando vivo si faceva tra i clinici il desiderio della diagnosi precoce del cancro dell'utero, aveva notato che le donne affette da tale malattia, precocemente presentavano dei dolori parossistici al bassoventre, talora assai intensi, di breve durata (una-due ore), con irradiazioni alle regioni renali, che si potevano ripetere a brevi ed a lunghi intervalli, durante i quali la paziente rimaneva libera da qualsiasi sensazione dolorosa.

Egli aveva notato che il dolore era meno intenso e frequente se le perdite erano abbondanti, che esso risentiva vantaggi dalle lavande calde vaginali.

Il Simpson stesso aveva però notato che il sintoma poteva insorgere per altre affezioni, diverse dal cancro; egli l'aveva trovato in un caso di polipo calcificato intrauterino e in tre casi di ritenzione della secrezione uterina; fin dal primo momento quindi negava ad esso qualsiasi carattere di specificità.

Snéguirev ha constatato il segno in un caso di polipo del cavo uterino in via di espulsione, nel cancro del collo, nelle infezioni pelviche, in infezioni diverse. In molti casi il dolore è in rap-

porto con la ritenzione della secrezione dell'utero (da qualunque causa dipenda), con la presenza di un corpo anormale che agisce come corpo estraneo nella cavità, in tutte le condizioni, cioè, in cui la parete uterina subisce una distensione.

Questo meccanismo di produzione della crisi dolorose, spiega l'effetto utile del calore, che diminuisce le contrazioni e facilità lo scolo delle secrezioni.

Anche le infezioni e le affezioni infiammatorie della pelvi producono sindromi dolorose simili; qui il dolore, però, ha inizio brusco, è accompagnato da febbre, da brivido. il freddo esercita azione calmante, non è il dolore attenuato in genere dallo scolo di secrezione.

Dolori del tipo infiammatorio e dolori del tipo Simpson possono associarsi ed accumularsi, se la paziente presenta, ad es., un'infiammazione pelvica e un polipo intrauterino o del collo.

t. p.

Vulvovaginite delle fanciulle da pneumococco.

Secondo i moderni trattati la vulvovaginite infantile si presenterebbe sotto due forme, una *forma specifica* ed una *forma semplice*. La prima forma comprende tutti quei casi che sono dovuti al gonococco. Tutti gli altri casi sono raggruppati in un complesso eterogeneo, a cui si dà il nome di gruppo semplice. Tale irrazionale raggruppamento di casi per tanti rapporti dissimili è fatto per ingenerare confusione e dar luogo ad errori di prognosi e di cura.

Caso 1°. — Ragazza di 13 anni in buone condizioni di salute, da tre giorni presenta spurgo vulvo-vaginale, ma è incapace a dar conto del come esso si sia iniziato. Lo spurgo è giallastro ed irritante. Non vi sono disturbi della minzione.

Caso 2°. — Ragazza di anni 11. Nell'ottobre 1910 fu ricoverata nell'Ospedale per un attocco indeterminato di dolore nelle regioni glutee, associato a dolori addominali ed a diarrea mucosa, che ben presto cedette al trattamento. Tre giorni prima del suo secondo ingresso all'Ospedale (1912) si manifestò un profuso spurgo vaginale di color giallastro ed irritante. La fanciulla era pulita. Nella storia mancava ogni dato che potesse suggerire il modo di origine del male. Non vi erano disturbi delle minzione.

In sostanza si tratta di due casi del tutto identici per il loro aspetto clinico. Il processo infiammatorio in ambedue le pazienti interessava in special modo la vulva, anche la vagina era interessata, ma sopratutto la porzione inferiore. La regione perivulvare e perianale erano escoriate per il passaggio dello spurgo. Non vi era uretrite. La membrana mucosa della vulva era considerevolmente tumefatta ed in essa apparivano evidenti dei piccoli punti rossi, i quali corrispondevano agli orificii delle glandole. In ambedue i casi riuscì possibile di fare dal pus delle culture di pneumococco.

La prima fanciulla non ritornò all'Ospedale per l'ulteriore trattamento. La seconda invece fu curata con frequenti bagni caldi locali e con un'iniezione di vaccino autogeno (5,000,000 pneumococchi). L'infiammazione cedette rapidamente, ed allora furono praticate delle doccie locali calde di lene soluzione di permanganato di zinco a debole pressione. Il processo infiammatorio non si estese più oltre nella vagina e lo spurgo scomparve quasi totalmente però essendovi ancora la presenza di pneumococci nel canale vaginale si praticò una seconda iniezione, uguale alla prima, di vaccino autogeno, alla quale seguì la scomparsa di ogni fenomeno morboso e del microrganismo in parola.

Questi casi sono clinicamente indifferenziabili dagli altri casi di vulvovaginite e la loro esatta natura è precisabile solamente mercè un esame batteriologico.

La peritonite pneumococcica non è infrequente nelle fanciulle, e la nozione che il microrganismo può ascendere al peritoneo per il tramite delle trombe Falloppiane aggiunge interesse a questi casi di vulvovaginite da pneumococco, il quale si trova in vagina più spesso di quanto non si supponga abitualmente. Orbene, la possibilità di questa ascesa è una ragione di più per scoprire l'esatta natura batterica di ogni spurgo vaginale e per istituire di conseguenza un opportuno trattamento rapido ed energico. (*The Medical Review*, settembre 1912).

TR.

TERAPIA.

La cura della cirrosi di Laënnec.

La cirrosi di Laënnec, cirrosi venosa del fegato, è essenzialmente caratterizzata da asciti a ripetizione, da una profusa circolazione collaterale e da un fegato piccolo. Essa ha due principali elementi da combattere: da un lato la cachessia progressiva, che in larga misura ripete la sua origine dal salasso sieroso realizzato dalle successive punture, dall'altro l'insufficienza epatica, che non è sempre un fenomeno lento a prodursi, ma talora chiude bruscamente il quadro morboso con l'ittero grave, il coma e la morte.

In casi meno frequenti, l'esistenza del malato è minacciata da accidenti emorragici e segnatamente dalle emorragie intestinali, ovvero da infezioni intercorrenti come quella tubercolare.

Si può combattere l'insufficienza epatica sia colla dieta e coll'igiene che con sussidi terapeutici appropriati.

Dal punto di vista dietetico il latte è considerato come l'alimento di scelta. Però questo regime, sia pure opportunamente modificato non deve essere sistematicamente prescritto e sopratutto continuato in una malattia così lunga quale è la malattia di Laënnec, poichè la sperimentazione sugli animali ha dimostrato che in capo a qualche tempo, il regime latteo esclusivo determina un rallentamento dell attività epatica.

Il latte conviene solo per alcuni giorni per disintossicazione intestinale, dopo bisogna rapidamente sostituire ad esso il regime dietetico ordinario ed in tal materia si può essere molto larghi con i cirrotici. Solo sapendo che in consimili malati l'intestino tenue ha una lunghezza ed un calibro minori di quello normale congiunti ad un difetto di secrezione e ad una diminuzione del potere assorbente, si bandiranno tutti gli alimenti fermentati, in conserva od invecchiati ricorrendo invece a cibi di facile digestione più che sia possibile in forma di *purées* e di farinate; l'uso dei fermenti digestivi è utile. A parte queste riserve, i malati faranno uso di una dieta mista.

L'igiene e sopratutto la vita alla grande aria è un elemento importante in questi malati minacciati d'anemia.

Sarà bene stimolare le loro funzioni cutanee mercè delle frizioni locali (ventose, senapismi, cataplasmi senapatizzati applicati sulla regione epatica) o per mezzo di clisteri di un litro di acqua fredda ripetuti due volte al giorno (Klein e Chauffard).

In quanto ai medicinali diremo in primo luogo che l'opoterapia, molto in favore in questi ultimi anni, dà realmente dei buoni risultati. Si può ricorrere al fegato in natura (fegato di maiale tagliuzzato nel brodo o macerato in questo stesso veicolo), però questo metodo di somministrazione a parte che può ripugnare a stomachi delicati ed apportare dei disturbi intestinali, può essere anche causa d'infezione tubercolare, poichè come ha dimostrato Debove nel fegato fresco di maiale ed ancora di altri animali si riscontrano frequentamente bacilli di Koch. Gli estratti epatici provocano disgraziatamente le stesse obbiezioni, poichè il bacillo resiste al disseccamento nel vuoto che ne costituisce il modo di preparazione più razionale, poichè il riscaldamento a 100° distrugge il principio attivo della glandola epatica.

Si può anche eccitare la cellula epatica per mezzo della tintura di boldo o della tisana di foglie di boldo (15 grammi in un litro di acqua) della quale si prende una tazza dopo i pasti principali e di cui si può rinforzare l'azione mercè l'aggiunta di 20 goccie (40 goccie *pro die*) di tintura di *Combretum* (A. Robin).

Questo stesso autore raccomanda pure di prendere avanti ciascun pasto e prima di andare a letto un bicchiere di questa miscela:

Bicarbonato di sodio	gm. 10
Benzoato di sodio. . .	ana gm. 3
Solfato di sodio. . . .	
Fosfato di sodio . . .	
Ioduro di potassio	gm. 1

Fa una carta da sciogliere in un litro di acqua

A questi medicamenti si unirà con vantaggio l'uso dei ferruginosi, poichè Castaigne ha constatato l'azione stimolante del ferro nei cirrotici sia per quel che riguarda l'anemia, sia rispetto alla funzione stessa della cellula epatica. Quest'azione può riavvicinarsi a quella dei fermenti metallici prescritti da A. Robin negli stessi casi.

Però, malgrado tutto, arriva un momento in cui bisogna pungere i malati. Questa non è una operazione scevra d'inconvenienti, i quali o sono immediati come la perforazione dell'arteria epigastrica, o sono tardivi come l'ittero grave originantesi dalla brusca decompressione del fegato, accidenti cardiaci, dispnea, asistolia e perfino morte per sincope, quando i malati sono cachettici. Conviene pertanto adoperare un trequarti di piccolissimo calibro, far durare l'evacuazione per più ore, non ricorrere mai all'aspirazione, e dopo la puntura praticare una fasciatura ovattata compressiva dell'addome per evitare le emorragie intestinali.

Dopo avere in precedenza esaminato accuratamente il cuore, si somministrerà un po' di digitalina per evitare la sincope.

Si può impedire la riproduzione dell'ascite? È nocivo provocare la diarrea, la quale si oppone all'assorbimento nutritizio, i diuretici usuali non approdano a nulla nei cirrotici, ed il regime declorurato che si è consigliato in analogia colla cura degli edemi e delle asciti nefritiche, non solo è inutile ma anche dannoso, poichè disturba la secrezione gastrica.

L'autosieropia preconizzata 15 anni or sono ed ora rimessa in onore dopo i risultati ottenuti da Gilbert nella cura delle pleuriti non ha apportato alcun vantaggio nella cura delle asciti, inoltre presenta gli stessi inconvenienti dell'operazione di Ruott, che consiste nel far rifluire, mercè innesto della vena safena nella cavità peritoneale, la totalità del liquido ascitico nella circolazione generale. Orbene questa operazione nel mentre non vieta che l'ascite si riproduca, apporta il pericolo di un'infezione tubercolare, poichè Jousset ha difatti dimostrato la presenza non rara del b. di Koch nel liquido ascitico.

Nè miglior fortuna ha avuto il drenaggio permanente proposto da Zadda Kahn, poichè non porta alcun vantaggio ed è pieno di pericoli.

L'operazione di Talma, consistente nell'allargare la circolazione venosa collaterale, non vanta al suo attivo dei successi probativi. Dunque la cirrosi di Laënnec non è suscettibile di cura chirurgica. Al contrario le iniezioni modificatrici praticate in pieno peritoneo hanno ottenuto dei risultati lusinghieri. Il Castaigne ha utilizzato l'adrenalina ed ha constatato che tale sostanza produce per via peritoneale una stimolazione cardiaca ed una diuresi incomparabilmente più attive, di quando si ricorre ad altre modalità di somministrazione di medicinali. (CASTAIGNE. *Journ. des Praticiens*, 25.e année, n. 141).

TR.

IGIENE

Il tifo a Roma.

Il prof. Santori ha richiamato l'attenzione sul tifo a Roma, esponendo idee molto interessanti, ma non tutte accettabili. Poichè, per ragione del mio ufficio, ho dovuto molto occuparmi della questione, mi permetto aggiungere alcune osservazioni a qualche punto del suo articolo.

Che il tifo a Roma offra tutti gli anni una morbilità notevole e costante, analoga a quanto avviene nelle città principali d'Europa, è un fatto dimostrato dalla statistica. Non è invece dimostrato che i casi di tifo nella nostra città superino di sei volte (!) quelli che si verificano in altre cospicue città d'Italia, perchè quando si comparano i dati occorre partire da termini uguali, quindi occorre tener conto della popolazione di Roma, dei casi importati contratti altrove e sopratutto, che da noi pressochè tutte le infezioni tifose sono sempre denunciate come tali e perciò come tali figurano sinceramente nelle cifre finali. Tutti ormai sanno che la profilassi del tifo è straordinariamente difficile per la complessità dei fattori che si prestano alla sua diffusione. Ma che la causa prevalente speciale del tifo a Roma debba ricercarsi proprio nell'inquinamento del latte per bacilli ebertiani, parmi affermazione troppo azzardata, e, con tutto il rispetto per l'egregio collega, non rispondente alla realtà dei fatti dimostrati.

Senza dubbio il latte rappresenta un veicolo ovvio di malattie infettive, come il colera, il tifo, la difterite, la scarlattina, la tubercolosi.

Sappiamo per epidemie ormai celebri che un malato, un convalescente, un portatore di tifo, in rapporto con una latteria o vaccheria, può inquinarne il latte e creare così la condizione necessaria per l'esplosione epidemica della malattia.

Queste eventualità già note, e notissime per la molteplice casuistica pubblicata, contribuirono a spiegare molti casi di tifo che, fino a pochi anni or sono, sfuggivano ai comuni fattori tifogeni; ma non possono essere, a mio parere, invocate per spiegare facilmente la tanto ricercata causa della diffusione del tifo a Roma. Forse il professore Santori si fece un po' troppo lusingare dall'analogia con i casi di colera, che si verificarono nella nostra città nel 1910-911, per il tramite di tre latterie riconosciute subito dal nostro ufficio come propagatrici di germi colerici.

Tali illazioni applicate al tifo sono più larghe delle premesse, e peccano di essere puramente teoriche.

I focolai di colera che si accesero in tre punti differenti della città, in conseguenza di quel fatto, scoppiarono improvvisamente, ma presto si spensero, senza che per questo il colera smettesse la sua marcia invadente con altri nuovi e numerosi casi, per i quali fu esclusa l'azione del latte inquinato. Io ammetto la più perfetta analogia, non batteriologica ma epidemiologica, tra colera e tifo, quanto ai loro rapporti di diffusione per mezzo del latte; però l'ammetto soltanto per le esplosioni epidemiche improvvise, localizzate. Ond'è che se in questi casi può dimostrarsi indubbia l'importanza del latte, come veicolo di diffusione, se ne debba invece escludere l'azione in tutto il resto dell'epidemia colerica. Non contesto che per il tifo possa accadere quello che è accaduto per il colera. Ne conosciamo più di un esempio dimostrato anche a Roma. Ma si potrebbe con ciò affermare che tutti gli altri casi verificatisi a Roma nel decorso anno (il prof. Santori si è fermato al 1912), abbiano avuta la medesima origine, diciamo, galattofora?

Le inchieste eseguite dai nostri medici igienisti, per ogni caso di tifo denunciato, checchè ne pensi in contrario il prof. Santori, e quelle degli ispettori d'igiene, specialmente in alcuni luoghi dove maggiormente e più insistente appariva l'aggruppamento dei casi, raramente ne chiarirono il nesso coll'uso di latte. Molto spesso invece esclusero tale rapporto in modo assoluto.

I germi tifici o colerici possono inquinare il latte di una vaccheria o di una latteria per un fatto semplicemente contingente, il quale appunto per essere contingente, non può avere applicazione generale. Perchè ciò fosse, bisognerebbe pensare che ogni anno tutte le latterie e vaccherie di Roma fossero visitate da qualche caso di tifo o che in ognuna di esse vi fosse qualche portatore in permanenza. Ma allora come spiegare che il tifo a Roma, in alcuni mesi dell'anno,

si può dire che taccia, per farsi sempre più intensamente vivo in modo periodico dall'estate all'autunno? Forse perchè la temperatura esterna favorisca e il germogliamento dei bacilli Ebertiani nel latte?

Ora, i casi che ebbero rapporto con qualche latteria inquinata, ebbero carattere sempre determinato e circoscritto agli utenti o clienti della latteria stessa e non si spiega quindi tutto il complesso dell'epidemia annuale coi casi disseminati o famigliari. Ritornando al colera, sempre per seguire l'analogia del prof. Santori, che cosa risultò dalle indagini quotidiane delle latterie e dagli esami batteriologici innumerevoli eseguiti sul personale di esse? Risultò, nel complesso, la dimostrazione della tesi contraria, esclusi, bene inteso, i casi probativi descritti.

Ma crede davvero il prof. Santori che nella diffusione del tifo e del colera, il *contatto* abbia un'importanza quasi incalcolabile? Tale affermazione sa troppo di prevenzione, perchè tutti indistintamente, i Primari ed Aiuti degli ospedali hanno osservato e lamentato gli effetti della vicinanza dei tifosi cogli altri ammalati.

E per tornare al colera, di circa 80 casi di colera imputabili certamente al latte, quale fu la causa degli altri 238 casi avvenuti nel biennio 1910-1911?

A parte le epidemie domestiche, dove mai si potrebbe escludere l'azione del contatto, vi sono a Roma tanti e tanti altri casi che si verificano soltanto in alcuni determinati quartieri, o in alcuni casamenti, dopo un primo caso di tifo, al quale, con intervalli di 2-3 settimane, si ricongiunge una serie ininterrotta di altri casi. Questa osservazione di Kolle trova un riscontro direi quasi fotografato nelle osservazioni fatte da noi, specialmente nell'anno decorso, in alcune zone di Roma, dove la prima invasione del contagio risultò assolutamente indipendente dal latte, ma effetto evidente di trasmissione diretta.

Non si può dunque sostenere che questo fattore di diffusione abbia poca importanza, a Roma in singolar modo, dove l'educazione igienica del popolo — essendo ancora molto imperfetta — l'assistenza a domicilio dei malati di tifo viene fatta ancora così incautamente, da facilitare la diffusione del contagio nelle famiglie e fra gli estranei. Nè per infirmare il valore del contatto, come mezzo di disseminazione, vale l'affermazione del Santori, che nei nostri ospedali i tifosi non essendo isolati dagli altri malati, raramente trasmettono il contagio: ciò dimostra solo che egli è male informato.

Di tale parere non è ad esempio la Direzione di Sanità avendo essa sollecitato le Direzioni ospitaliere di curare i tifosi in reparti separati. La apparente intrasmissibilità negli ospedali ed anche nelle famiglie, messa in rilievo da tutti gli autori, è un puro fenomeno d'immunizzazione, che si verifica sempre nelle grandi città per le continue vaccinazioni, dovute ad attacchi precedenti fino al segno che anche nelle così dette epidemie lattee sia di colera che di tifo, una buona parte dei bevitori di latte infetto rimase incolume.

Del resto, l'affermazione del Santori potrebbe tutto al più stare a provare che le misure profilattiche, per quanto incomplete, seguite negli ospedali, servano a rendere meno facili le vie indirette di contagio (feci, urine, biancherie) di quello che non avvenga nelle famiglie private, dove i casi per contagio domestico sono più frequenti. Anche ciò ammesso, a noi consta che non solo i ricoverati possono contrarre il tifo negli ospedali, ma anche molti di coloro che vi si recano per le visite settimanali.

Questi fatti esistono, non sono rari, e se a Roma, per una fortunata combinazione o meglio per le precauzioni usate, gli infermieri degli Ospedale e le suore non frequentemente ammalano di tifo, io rimango dell'opinione contraria, lieto della compagnia di Kolle, il quale, dai molti casi di tifo che si verificano fra gli infermieri degli ospedali, conclude che le infezioni per contatto, *sono realmente molto frequenti.*

Riassumendo, dico che nessuno disconosce l'importanza del latte come veicolo di diffusione del tifo, ma che non si può considerare come fattore unico e neppure preponderante della persistenza del tifo a Roma. Contro questo concetto stanno le inchieste sui casi annualmente denunciati e l'andamento epidemiologico di essi. Quando poi si pensa alle abitudini del nostro popolo, alla mancanza di ogni norma profilattica nell'assistenza dei tifosi, curati a domicilio, all'eccessivo affollamento delle case, non è difficile spiegare la stato endemico del tifo a Roma. Mi duole che l'opinione dell'amico Santori non trovi esatto riscontro nei fatti perchè per il nostro ufficio, la profilassi del tifo sarebbe molto più facile e semplice. Venendo ora alla seconda parte del lavoro del prof. Santori, mi permetto di affermare, dopo quanto ho esposto, che, non sembrandomi esatta la premessa da lui stabilita, debbo ritenere non del tutto accettabile la conclusione, essendo essa troppo unilaterale. La profilassi del tifo a Roma, per essere veramente efficace, deve tener conto di molti e svariati dati etiologici, tra i quali indubbiamente il latte ed altri cibi di facile e frequente inquinamento, come le verdure, le frutta, ecc.

Sorvegliare le latterie, le vaccherie, i mercati, ed altri servizi pubblici, pur essendo d'indiscutibile vantaggio e pur rientrando nelle ordinarie

e permanenti misure di polizia sanitaria, nella nostra città, non basta a risolvere interamente il problema della difesa cittadina contro una malattia, la quale, come dice il Duclau, è destinata a resistere perpetuamente in tutti i grandi centri.

L'ufficio d'Igiene, seguendo il concetto che la maggior disseminazione dei germi tifici avviene per mezzo dell'uomo malato, va orientando in questo senso la profilassi del tifo, senza trascurare gli altri fattori di diffusione. La sorveglianza sistematica, continua dei tifosi durante il decorso della malattia è, si può dire, il fulcro intorno a cui si raccoglie principalmente l'opera del nostro ufficiale sanitario nella lotta antitifica.

La somministrazione dei disinfettanti più adatti; specialmente alle famiglie povere, la disinfezione giornaliera, a mezzo di agenti speciali, o meglio la disinfettazione delle biancherie infette, dei lavatoi, dei cessi, delle stoviglie nelle abitazioni ove si verificano casi di tifo; l'esame batteriologico più volte ripetuto dei convalescenti, è tutto un complesso nuovo di provvedimenti, che, mentre realizza una vera opera di difesa, contribuisce a diffondere nel pubblico quella educazione igienica, che è la più sicura garanzia contro tutte le malattie contagiose.

A questo scopo essenzialmente profilattico devono cooperare anche i medici, coll'esempio, come ben dice il Santori, colla parola e più che altro col rispetto costante e scrupoloso delle leggi sanitarie, a preferenza di quella che riguarda l'obbligo della denuncia delle malattie infettive, compresi i casi più leggieri, che specialmente nell'età infantile, si dissimulano colla comoda nomenclatura di febbri gastriche o indeterminate.

Quando si potrà ottenere che anche tutti i malati di tifo siano convenientemente isolati, e si potrà disporre di un personale di assistenza più illuminato dall'opera di propaganda igienica; quando tutti i provvedimenti igienico-sanitari convergeranno verso l'unico fine di rendere il tifoso meno nocivo che sia possibile, rimarranno implicitamente eliminati i maggiori veicoli del tifo. Io ho fede che questo principio che l'ufficio sanitario di Roma ha posto a base della lotta antitifica, senza prender di mira fattori determinati, ma abbracciandoli tutti in un concetto generale, riuscirà utilmente nel suo fine, ove l'azione perseverante venga sorretta dalla larghezza dei mezzi.

U. MARIOTTI.

Pubblicheremo prossimamente :

FORLÌ: La paranoia.

SANTORI: I bagni nelle scuole.

SCADUTO: La Roentgenterapia degli epiteliomi cutanei.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(00) *Uso dell'aria calda in ginecologia.* — La prego di darmi notizie più dettagliate dell'azione terapeutica del bagno d'aria nella ginecologia di cui è riferito nel n. 50 u. s. e dell'apparecchio della ditta C. Mangini di Pavia.

In altri termini vorrà dirmi:

In quale affezioni ginecologiche può usarsi.

Una descrizione anche sommaria dell'apparecchio.

Dove si può trovare tale apparecchio.

Dott. SALVATORE RAGUSA.

Nel resoconto dell'ultimo Congresso ostetrico-ginecologico italiano venne riassunta sommariamente una comunicazione del prof Alfieri direttore della scuola ostetrica e della maternità di Perugia, su

« L'azione terapeutica del bagno addominale « di aria calda nel campo ginecologico ».

Ecco una sommaria descrizione dell'apparecchio, richiesta dall'abbonato dott. Ragusa.

Trattasi di una copertura ad arco semielittico di cm. 72 di larghezza per 35 di altezza e 43 di larghezza, che può esser adattata su qualunque letto alquanto resistente.

La sorgente calorifica è data da un comune fornello a gas, alcool o petrolio, cui segue un largo tubo metallico a gomito, che completa l'apparecchio. Questo è a doppia parete e l'aria calda proveniente dal fornello è immessa per il tubo e scorre nell'intercapedine situata fra le due pareti della copertura ad arco, prima di penetrare nello spazio da essa circoscritto attorno al corpo della paziente. In tal modo la temperatura dell'apparecchio è sempre maggiore di quella dell'atmosfera calda da lui limitata e perciò è minore la dispersione del calore e più lentamente va discendendo la temperatura dell'aria sotto di esso raccolta dopo tolta la sorgente calorifica, così da permettere una più lunga durata dell'applicazione.

Il tubo del fornello si innesta da un lato alla parete esterna della stufa per portare l'aria calda nell'intercapedine e questa la guida all'interno sotto l'apparecchio, attraverso fori praticati nella sua parete interna dal lato opposto a quello dell'immissione del tubo, per ottenere uniformità di temperatura attorno al corpo della paziente.

Lo spazio circoscritto dall'arco metallico dell'apparecchio è limitato al disopra ed al di sotto da fitte cortine di tela d'amianto pendenti da esso e facilmente adattabili alle parti del corpo su cui viene applicato. È bene di ricoprire tutto l'apparecchio con una coperta di lana ad evitare meglio dispersioni di calore.

L'apparecchio in funzione può ottenere 110° gradi ed il termometro posto sull'addome può segnare da 60° a 100° fino a 105° gradi centigradi.

La tollerabilità del riscaldamento ottenuto coll'aria è infinitamente maggiore di quella ottenuta con altri mezzi (vapor acqueo, fango, cataplasmi, termofori, ecc.).

Ad evitare scottature il termometro posto sul l'addome della paziente deve esser coperto da un esile strato di garza. Il massimo di tollerabilità per l'aria calda varia da individuo ad individuo e secondo anche le diverse parti del corpo (Bier).

***

Gli apparecchi per applicazioni addominali aerotermiche, adoperati prima di quello descritto, sono molteplici. Il dott. prof. Alfieri dà le sue preferenze a quello costruito sotto la sua guida dalla ditta C. Mangini di Pavia, cui bisogna rivolgersi, se si vuole acquistarne uno.

Indicazioni dell'aerotermoterapia addominale ginecologica:

essudati plastici del connettivo e del peritoneo pelvico;

tumescenze inflammatorie annessiali croniche;

tumescenze annessiali purulente, *dopo vuotata la raccolta di pus*;

ematoceli in via di riassorbimento;

essudati peripeduncolari post-operatori;

cicatrici estese o retratte dopo parto od operazioni;

peritonite pelvica cronica adesiva;

acitnomicosi della parete addominale;

fistole addomin. postlaparotomiche;

amenorrea, infantilismo genitale;

atrofia uterina da allattamento protratto;

dolori genitali in soggetti isterici senza causa anatomica;

riscaldamento delle operate dopo gravi interventi, ecc.

Controindicazioni assolute:

processi inflammatori acuti con febbre e raccolte purulente;

tubercolosi genitale o peritoneale;

alterazioni degenerative del miocardio e dei vasi.

Controindicazioni relative:

vizi valvolari di cuore;

la mestruazione, *se abbondante*;

la gravidanza;

le endometriti;

le emorragie uterine.

Letteratura sull'argomento nel vol. XVII degli *Atti della Società Italiana di ostetricia e ginecologia*, Roma 1913.

M.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

Manuel pratique de Kinésithérapie. Fasc. II. H. STAPFER, *Gynécologie*. 1 vol. in-8° con 12 fig. Paris, Librairie Félix Alcan, 1912, Fr. 4.

Dopo il trattato che l'A. pubblicò nel 1897, nessun libro completo aveva visto la luce sulla kinesiterapia ginecologica.

L'A. rispecchia in questo nuovo lavoro una pratica ventennale, che ha confermato pienamente le sue speranze.

Pure insistendo sul metodo proprio, ch'egli considera superiore, non trascura gli altri.

L'opera è documentata con rigore anche dal lato storico e bibliografico.

Le idee e le dimostrazioni di Stapfer vorrebbero dominare tutta la ginecologia. T. I.

Manuel pratique de Kinésithérapie. Fasc. III. G. ROSENTHAL: *Maladies respiratoires*. 1 vol. in-8° di pag. 320 con 50 incisioni. Paris, Librairie Félix Alcan, 1912, Fr. 5.

L'A. precisa gli scopi della ginnastica respiratoria; poi ne passa in rassegna le indicazioni, insistendo sull'insufficienza diaframmatica, da lui studiata con predilezione da una decina d'anni, nonchè le controindicazioni; ne descrive la tecnica, giovandosi di disegni originali. La direzione della cura in diversi casi clinici è forse il capitolo che richiamerà maggiormente l'attenzione.

Un formulario preciso dà per ogni caso la posologia della manovra da utilizzare.

L'A. non si limita ad esporre le proprie ricerche e le proprie vedute, ma fa larga parte ai lavori di altri autori, dei quali ricorrono spesso i nomi.

Egli è animato dal proposito di restare medico generale, pur essendo uno specialista. T. I.

O. SIMON. **Die Karlsbader Kur im Hause.** Berlin, J. Springer. M. 2.40.

L'opuscolo del Simon è stato scritto per dimostrare che la cura di Karlsbad fatta in casa propria deve essere regolata dagli stessi principii che si seguono quando essa viene praticata alla sorgente. Quindi per i medici pratici è utilissima la guida dell'A. il quale, per la sua lunga esperienza nell'argomento, può parlare con vera competenza

Il libro, dopo un'esposizione sommaria delle indicazioni e della tecnica della cura dell'acqua di Karlsbad, viene a trattare le modalità della sua somministrazione nelle varie malattie e indicazioni dietetiche del caso.

P. A.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Costantinopoli, 19-1-913.

L'illustre prof. comm. Rocco Santoliquido, presidente dell'Ufficio internazionale d'igiene di Parigi, si trovava i giorni scorsi a Costantinopoli invitato dal Governo Imperiale Ottomano, per studiare i mezzi più opportuni onde combattere l'epidemia colerica, che, scoppiata fra le truppe di Ciatalgia, costituiva una grave minaccia per la Turchia, e per tutta l'Europa.

Dietro invito della Società Imperiale Ottomana di Medicina, l'insigne uomo ha tenuto una dotta conferenza sulla lotta contro le epidemie, e specialmente contro il colera. Nell'uditorio si notavano numerosi medici turchi e stranieri, e la colonia medica italiana al completo.

Il prof. Santoliquido ha esordito ricordando che le epidemie sono malattie dell'organismo sociale, e, come il clinico onde procedere sicuro alla diagnosi e nella cura dei morbi del corpo umano deve conoscere a perfezione la anatomia e la fisiologia, così il medico che si propone di organizzare la lotta contro le epidemie, è costretto a studiare diligentemente la struttura e le molteplici funzioni dell'organismo sociale. Il medico igienista deve dunque possedere conoscenze speciali non solo, ma nelle amministrazioni sanitarie, nei consigli sanitarii, ecc., pur lasciando la parte preponderante ai medici, non si deve trascurare di fare intervenire elementi tecnici diversi dal medico, quali ingegneri, avvocati, persone esperte nell'amministrazione, cultori di scienze sociali, i quali possono fornire un contributo prezioso. La lotta contro il colera deve essere studiata sotto due punti di vista differenti: o si tratta di impedire la importazione della malattia in un paese indenne, oppure di spegnere l'infezione in una regione già invasa. Il colera, si può dire, è trasportato esclusivamente dall'uomo sia malato sia portatore di germi. I pellegrinaggi, le fiere, le emigrazioni sono importantissimi per la diffusione del morbo. Ora è errore comune di prestare una fiducia soverchia nelle difese sanitarie prese all'arrivo sulle frontiere terrestri o nei porti d'approdo. Quanto ai cordoni sanitarii, l'esperienza ha dimostrato che essi sono di quasi impossibile attuazione, e spesso le persone stesse che compongono il cordone servono di veicolo per diffondere il colera nella regione che dovrebbero difendere. Basta pensare all'enorme movimento di viaggiatori sia con i treni ferroviarii, sia con i piroscafi, per comprendere quanto sia difficile prendere misure razionali ed efficaci all'arrivo. L'esistenza dei portatori di germi richiederebbe un esame metodico per tutti: ora ciò si è dimostrato impossibile anche quando si tratta di un movimento di persone limitato, come si è veduto in Germania quando si volle organizzare la ricerca dei portatori nei battellieri della Vistola provenienti dalla Russia. L'O. non intende che si rinunzi completamente alle misure sanitarie all'arrivo, ma afferma che esse non sono mai di sicura efficacia. Spesso si afferma la manchevolezza del servizio sanitario alle frontiere o nei porti, quando si constata che il colera ha oltrepassato quelle fragili barriere. Il colera *reale* però precede quasi sempre il colera *constatato ufficialmente*, e, quando si ricerca la via donde è venuto, non è più possibile scoprirla. Nell'ultima piccola epidemia di peste a Napoli si volle appunto trovare il responsabile in un medico incaricato della vigilanza allo sbarco. L'O. si oppose energicamente a questo modo di vedere, dimostrando come il germe infettivo superi con facilità le difese sanitarie prese all'arrivo, anche quando esse sono perfette. Si deve dunque riporre maggiore fiducia nelle misure sanitarie adottate prima della partenza e durante il viaggio. Lo dimostrano esempi recenti: durante l'ultima epidemia colerica a Napoli, la corrente emigratoria italiana verso le Americhe si mantenne costante raggiungendo la cifra di oltre 100 mila emigranti imbarcati da quel porto. Orbene, non si ebbe a lamentare nessun caso di trasporto della malattia, salvo all'inizio, quando il servizio sanitario prima della partenza non era ancora perfettamente organizzato. Ma più ancora che nelle visite sanitarie immediatamente prima dell'imbarco, si deve aver fede nella organizzazione sanitaria interna di un paese, anche in rapporto alla difesa dei paesi vicini.

Perciò nella Conferenza internazionale di Parigi si è convenuto che un solo caso di malattia epidemica non debba far ritenere infetto un paese quando esso possiede i mezzi per impedire che al primo caso ne succedano altri formando un centro di infezione.

In Italia, durante l'ultima epidemia colerica, in ben 60 comuni si ebbe a registrare un solo caso che non diede luogo a figliazione, ed in 15 comuni i casi furono solamente due. Quando la difesa è sempre vigile e costante, è possibile, anzi necessario essere completamente liberali, abolendo quarantene, cordoni sanitarii, divieti, ecc. L'O. cita il luminoso esempio delle grandi manovre tenute in Italia nel Piemonte durante il perdurare di una epidemia colerica, con ingenti

movimenti di truppe provenienti da differenti regioni, senza che si osservasse diffusione dell'epidemia. Il colera si domina con facilità, tanto che vedendo i brillanti risultati ottenuti, il medico stesso si chiede molte volte se realmente ha da fare con il vero colera, e tende quasi ad ammettere un'attenuazione del morbo. In realtà questa attenuazione non esiste: la mortalità è sempre elevata, la forza di espansione della malattia è identica, e, se le epidemie ora non sono più così terribili come in altri tempi, ciò si deve ad un altro fattore, che senza dubbio è la organizzazione sanitaria. Del resto si sa che il colera lo prende chi lo vuole prendere, in quanto poche precauzioni bastano ad evitarlo. A questo proposito è istruttivo l'esempio dell'asilo di alienati di Quarto dei Mille. Il colera vi era apparso, e si sa che i manicomii, per la natura stessa dei ricoverati, sono ambienti favorevolissimi alla diffusione delle epidemie. Si ebbe l'idea di mettere a letto gli alienati con le mani legate, liberandole solemente per i pasti, previa scrupolosa disinfezione, ed il colera fu subito domato. Per evitare il colera basta dunque tenere le *mani legate*, cioè non portarle alla bocca, evitare contatti, e disinfettarle prima di mettersi a tavola. Ma altre alle persone, si è molte volte sospettato che il colera sia stato trasportato per mezzo di mercanzie provenienti da paesi infetti, donde una serie di misure restrittive che ledono direttamente il commercio e l'industria. La Conferenza di Parigi, basandosi su documenti numerosissimi ed irrefutabili, ha potuto affermare che non esiste alcuna osservazione certa di trasporto del colera a distanza per mezzo di mercanzie compresevi le derrate alimentari.

Bene inteso può darsi il caso di mercanzie accidentalmente infette per la vicinanza di persone ammalate, ma ciò non infirma il principio fondamentale suesposto. Ed è in base a questo principio che l'O. ha potuto in Italia instaurare un regime di completa libertà. Certi alimenti sono stati particolarmente accusati come propagatori dell'epidemia colerica, come le ostriche di Taranto; ma anche queste non sono pericolose che quando si pescano in acque contaminate. Raccolte al largo, in acque non infette esse sono perfettamente innocue. Infatti a Taranto stessa, durante l'epidemia colerica, mancando la richiesta da parte delle classi ricche, le ostriche erano consumate sul posto dalle classi meno abbienti, epperò più esposte a contrarre le infezioni, senza che si dovesse lamentare una diffusione del colera. Durante la stessa epidemia, più di due milioni di ostriche furono spedite da Taranto in 140 comuni d'Italia senza che si potesse constatare un solo caso di trasporto del colera per loro mezzo. Se si riflette poi che i divieti e le proibizioni di esportazione o di importazione portano un notevole perturbamento sul mercato dei generi alimentari: che, tolto improvvisamente dalla piazza un genere di notevole consumo, la domanda per altri generi cresce, e, dato il rapporto tra richiesta ed offerta, il loro prezzo aumenta, si comprende come le classi sociali più povere, che già offrono facile terreno alle epidemie, vengono subito colpite. La miseria aumenta, ed è noto che essa predispone a tutte le malattie infettive. Il regime liberale in materia sanitaria non è dunque suggerito tanto dagli interessi delle industrie e dei commerci, quanto imposto direttamente dalle esigenze dell'organismo sociale. E si comprende quali gravi responsabilità incombano su coloro che a cuor leggero decretano misure restrittive. La esperienza ha dimostrato che queste misure debbono essere limitate a casi specialissimi: p. es. le biancherie di corpo usate, gli effetti letterecci già adoperati, ecc. Gli stracci stessi compressi in balle non presentano alcun pericolo. L'O. insiste dunque per la completa libertà sia per le persone che per le mercanzie, ed aggiunge che molte volte le misure restrittive infondono una falsa sicurezza che fa poi trascurare le misure essenziali nella lotta contro le epidemie, cioè l'isolamento degli infetti e dei sospetti, la ricerca dei portatori, la sorveglianza di tutti quelli che possono aver avere avuto contatto con gli ammalati. Solamente con questi mezzi si può vincere una epidemia già penetrata in una regione. A Napoli p. es. si è agito appunto in questo modo: segnalato un caso, una squadra di disinfettori guidata da un medico si recava sul posto: l'ammalato era subito portato al lazzaretto, le persone in contatto con lui isolate in un locale apposito, la casa disinfettata da cima a fondo. Interveniva poi una seconda squadra detta di risanamento: essa ricercava ed eliminava tutte le condizioni anti-igieniche della casa stessa e delle case vicine: prendeva nota di tutte le persone che le abitavano sorvegliandole metodicamente. Quegli individui che tentavano sottrarsi alla sorveglianza, sia cambiando abitazione, sia partendo, erano subito segnalati da una squadra speciale di agenti di polizia. Si creava così intorno alla casa infetta una zona refrattaria alla diffusione della epidemia. Con questo metodo a Napoli si è riusciti presto a dominare la malattia, preservando interi popolosissimi quartieri particolarmente esposti alla invasione delle epidemie, quali Poggioreale, Mercato ed il Porto. L'O. si compiace di constatare che anche a Costantinopoli, in mezzo a difficoltà gravissime, adottando sistemi analoghi, si è riusciti a domare l'epidemia colerica attuale. I servizii sanitarii però non debbono cessare con lo

sparire della epidemia: molte volte i casi frustri continuano dando origine ad epidemie successive. L'O. ricorda che la Turchia ha anch'essa ultimamente accettato e firmato le ultime convenzioni sanitarie internazionali: ciò vuol dire che si è convinti della necessità di una organizzazione sanitaria interna sempre vigile, accoppiata con il regime sanitario liberale bene inteso L'O. se ne compiace vivamente con le eminenti personalità che dirigono la organizzazione sanitaria dell'Impero Ottomano.

HOFFER.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici di Roma. — Domenica 26 gennaio ebbe luogo nel Castel Sant'Angelo l'adunanza generale (ordinaria per il 1913) dell'Ordine dei medici di Roma, sotto la presidenza del professore Amico Bignami. Gli intervenuti furono in scarso numero.

Il presidente riferì brevemente sull'opera del Consiglio nel breve tempo dall'altra adunanza generale; l'Albo si è accresciuto di circa 60 nuovi inscritti, 60 esercenti della provincia contravventori all'obbligo dell'inscrizione sancito dalla legge 10 luglio 1910, furono deferiti al Procuratore del Re di Roma, che comunicò aver dato corso alla denunzia. Due inscritti morirono in questo intervallo, i compianti dottori Lecce di Roma, e Lodoli di Civitavecchia. Il presidente ricordò i voti espressi dal Consiglio in seguito alle nomine di medici dell'Istituto Nazionale di Assicurazioni e a proposito dei sanguinosi disordini di Roccagorga, cui fu pretesto l'agitazione contro il medico condotto.

L'assemblea dopo animata discussione approvò a grande maggioranza e per appello nominale la determinazione in lire 12 del contributo pel 1913.

Approvò in seguito il bilancio preventivo pel 1913.

Si procedette poi alla votazione per l'elezione del nuovo Consiglio amministrativo. Moltissime schede pervenute per posta furono annullate perchè mancanti delle pedanti formalità prescritte dal regolamento 12 agosto 1911. Questo inconveniente speriamo sarà eliminato con la pratica e con un po' più di attenzione da parte dei medici elettori.

Votanti 125, maggioranza 63. Furono proclamati eletti i dottori: Garofalo Alfredo con voti 112, Mariotti Ugo 107, Venere Ernesto 99, Carducci Agostino 82, Ballerini Enrico 68, Arcangeli Arnaldo 64. Per il settimo posto dovrà procedersi domenica 9 febbraio, a ballottaggio fra i dottori De Nicola Ignazio che ebbe voti 58 e Malusardi Ulisse 50.

Ebbero anche voti: Bignami 44, Impaccianti 44, Giannelli 37, Caccialupi G. 2, Fabi P. 2, Lugli 2. Angelini A. 1, Boccanera 1, De Sanctis L. 1, Gallenga 1, Galli 1, Gennari 1, Montesano G. 1, Morganti E. 1, Parrozzani 1, Pestalozza 1, Quattrociocchi 1, Sforza 1, Sironi L. 1, Tranquilli 1.

Il dott. Ulisse Malusardi ha inviato al presidente dell'Ordine dei Medici la seguente lettera:

« Perdurando le ragioni che indussero il primo Consiglio dell'Ordine dei Medici a presentare le dimissioni all'assemblea il 2 dicembre 1912: il sottoscritto, ritenendo anche in questa nuova elezione, l'esiguo numero dei voti riportati, non essere l'esponente della intera classe, dichiara per proprio conto ritirarsi dal ballottaggio che dovrebbe aver luogo nella seconda domenica di febbraio. Tanto per norma ».

Ordine dei Sanitari di Palermo. — Sotto la presidenza del prof. Giovanni Argento si è riunita l'assemblea dei soci il giorno 26 gennaio 1913 per approvare il bilancio consuntivo e quello preventivo per il nuovo anno solare e per stabilire il contributo annuale necessario per il funzionamento dell'Ordine.

Dopo animata discussione venne approvato il contributo nella misura di lire 20 all'anno.

Animata fu anche la discussione per il ricorso presentato dal prof. Giuffrè contro la inscrizione nell'albo degli esercenti di Palermo del prof. Cirincione, ordinario di Clinica oculistica a Roma. Però non essendo intervenuto il reclamante, l'assemblea a maggioranza approvò l'operato del Consiglio e perciò, salvo il caso che il Giuffrè non ricorra al Consiglio Superiore di Sanità per l'illegale iscrizione, il prof. Cirincione sarà socio dell'Ordine di Palermo.

D.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3615) *Stipendio - decorrenza.* — Il dott. S. P. da P. E. desidera conoscere da quale epoca gli decorre lo stipendio essendo stato nominato dal Consiglio comunale il 26 novembre 1912 ed avendo avuto legale partecipazione della nomina nel 7 gennaio 1913 dopo l'approvazione della G. P. A.

Nessuno articolo di legge stabilisce la data da cui decorre lo stipendio dei medici condotti. Non sappiamo conoscere la ragione per cui si credè sottoporre alla approvazione della Giunta amministrativa la deliberazione di nomina. Però siccome lo stipendio è correlativo di prestato servizio, esso decorre dal giorno in cui si è effettivamente assunto l'esercizio della carica con la relativa immissione in possesso.

(3617) *Cura generale - Dimora stabile.* — Il dottor Cento chiede conoscere in qual modo si debba

interpretare la locuzione *dimora stabile* usata dal capitolato agli effetti dell'obbligo delle sue prestazioni a favore degli abitanti del Comune.

La locuzione usata è contraddittoria perchè la dimora o residenza non è mai stabile. Essa, a differenza del domicilio, si può sempre mutare in qualunque epoca piaccia o convenga. In tali casi deve soccorrere l'elemento intenzionale e ritenere che abbia stabile dimora nel Comune chi vi si sia trasferito col proposito di fermarsi a lungo. Basterà che si faccia iscrivere alla anagrafe. Chi dimora paga tasse e può anche possedere beni.

(3618) *Cassa di previdenza - Iscrizione facoltativa.* — Il dott. A. B. da V. chiede conoscere se stando a servizio di un ospedale e non essendo il posto che occupa previsto nella pianta organica, possa essere iscritto alla Cassa di previdenza.

Noi riteniamo che Ella con domanda diretta all'ufficio sanitario provinciale possa essere facoltativamente iscritto alla Cassa Se il posto fosse stato previsto in pianta organica avrebbe avuto l'obbligo della iscrizione.

(3619) *Accertamento di malattie infettive.* — Il dott. P. P. da C. chiede conoscere se un Comune ove manchi regolare ufficio d'igiene possa l'ufficiale sanitario delegare ad uno dei medici condotti tutte o parte delle funzioni indicate nello articolo 141 del Regolamento 3 febbraio 1901, n. 45.

L'ufficiale sanitario non può delegare al medico condotto tutte o parte delle funzioni indicate nello articolo 141 del Regolamento 3 febbraio 1901, n. 45, perchè le parole *personale tecnico* usate da detto articolo non si riferiscono al personale della condotta che non può mancare in nessun Comune, ma bensì a quello addetto ai laboratorii di vigilanza igienica, che ha speciale comprovata attitudine per lo eseguimento delle indagini che occorrono in caso di malattie epidemiche.

(3620) *Cassa di previdenza - obbligo d'iscrizione.* — Il dott. N. d'A. da S. chiede conoscere se essendo interino abbia obbligo di iscriversi alla Cassa pensioni e quali vantaggi potrebbe avere dalla iscrizione.

Il medico interino, non essendo regolarmente nominato, non ha obbligo di iscrizione alla Cassa. Non sappiamo pertanto spiegarci le premure che all'uopo riceve dalla Prefettura. Incontrastabili sono i vantaggi della iscrizione perchè dopo venticinque anni di servizio, al più poco, riceverà mensilmente una somma fissa che varia a seconda della età che avrà all'atto del collocamento a riposo. Il Monte pensioni pei medici condotti e la Cassa di previdenza sono la medesima istituzione.

(3621) *Periodo di prova - Interinato.* - Il dott. E. L. da P. D. F. chiede conoscere quando egli acquisti la stabilità essendo entrato in servizio in ottobre 1911 dopo cinque mesi di interinato.

Dopo il 31 gennaio non potrà essere più licenziata e sarà virtualmente stabile. Diventerà poi effettivamente tale col giorno 1° prossimo maggio dovendosi computare nel biennio di prova il periodo interinale.

(3622) *Pensioni - cambio di funzioni - riscatto anni di servizio - liquidazione.* — Il dott. M. S. da V. D. P. desidera conoscere: 1° Se lasciando la carica di medico condotto possa rimanere iscritto alla Cassa di previdenza nella qualità di ufficiale sanitario; 2° se può riscattare un anno di servizio prestato prima della sua iscrizione; 3° quale pensione liquiderà dopo 24 anni e 6 mesi di servizio con 52 anni di età.

Crediamo che ben si possa mutare il titolo di iscrizione alla Cassa dal momento che si seguitano sempre a pagare i contributi ed è sempre la stessa ed identica persona che paga. L'anno di servizio prestato precedentemente alla iscrizione va riscattato di diritto e senza alcun aggravio o spesa, ai sensi e per gli effetti dello articolo 28 della legge Tale anno si può chiedere all'atto del collocamento a riposo producendo il relativo atto di nomina. Liquiderà l'annua pensione di lire 841.

(3623) *Ordine dei sanitarii.* — Il dott. O. D. S. da C. chiede conoscere se trovandosi sottoposto a procedimento penale per mancata iscrizione all'albo possa essere condannato ed a qual pena. In qual modo potrebbe evitare la eventuale condanna.

Nè nella legge nè nel regolamento per gli Ordini dei sanitarii si fa menzione di penalità cui possa incorrere il sanitario per mancata iscrizione all'albo. Vi sono penalità per coloro che essendo iscritti non pagano il contributo, ma non per coloro che si rifiutano alla iscrizione. Però siccome la iscrizione al detto albo è condizione indispensabile per lo esercizio della professione, coloro che non si iscrivessero o che si rifiutarono di iscriversi, non possono esercitare e se, ciò nonostante, esercitino sarebbero passibili della penalità di cui all'articolo 53 della legge sanitaria. E questo crediamo sia il procedimento penale cui trovasi sottoposto. Per evitarlo, o si dovrà iscrivere all'albo oppure dovrà produrre certificato del Sindaco con cui si attesti che Ella non esercita più e che abbia all'uopo già fatta pervenire analoga dichiarazione all'ufficio comunale.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALBAREDO D'ADIGE (*Verona*). — Condotta del secondo riparto; L. 3500 pei poveri (circa 700 su 2100 abit.); obbl. cavalc., mese congedo. Scadenza 10 febbraio.

BOTTICINO SERA (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000, abitanti 2194. Scade 13 febbraio.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — Condotta; L. 3000 pei poveri; aumentabili a L. 4200; L. 600 mezzi di trasporto. Scade 20 febbraio.

CAVAGLIO D'AGOGNA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 2011 agglomerati in pianura. Stipendio L. 3200 lorde e conveniente alloggio con giardino. Scadenza 6 febbraio.

CORDENONS (*Udine*). — Condotta piena del 2° riparto; L. 3750 lorde e due sessenni; L. 200 per supplenza al medico al 1° riparto. Scad. 12 febb.

CREMA (*Cremona*). — *Ospedale Maggiore*. Medico chirurgo ostetrico. assistente L. 1400 lorde, camera arredata, riscaldamento e luce. Età massima 35. Scad. 28 febbraio.

CREMONA. — *Ospedale Ugolani Dati*. Medico assistente biennale; L. 2000 circa annue per indennità servizio di guardia e di poliambulanza. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 10 febbraio.

* FOSSOMBRONE (*Pesaro*). — Condotta piena; L. 3200 lorde; tre sessenni ; L. 700 per cav., L. 200 pel congedo ordinario. Riducibile a residenziale (L. 2830 pei poveri). Scad. 10 febbraio.

* GALLIATE (*Novara*). — Condotta medica della Casa del Popolo. Rivolgersi alla Segreteria.

GRANDONA (*Alessandria*). — Consorzio sanitario con Roccaforte Ligure. Aperto a tutto il 22 febbraio, concorso alla condotta piena, coll'obbligo delle funzioni di uff. san. Stipendio annuo complessivo lire 3200 ed alloggio gratuito.

MASERA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1060. L. 3250 lorde di R. M , L. 100 quale uff. san. Tre sessenni. Decente alloggio gratuito. Scad. 28 febb.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). Condotta piena; L. 2200 e L. 100 quale uff. san. Scad. 10 marzo.

MOLVENA (*Vicenza*). — Condotta piena. Popolazione 2653. Stipendio lordo L. 4300. Esonero dall'obbligo cavalcatura. Il concorso è prorogato a tutto il 15 febbraio.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). — Condotta pei poveri della campagna; L. 1750, con obbligo del cavallo e vettura. Scad. 5 febbraio.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Assistente; L. 1400 lorde, stanza con l'obbligo di pernottarvi e medaglia di presenza di L. 5 per ogni servizio di guardia (di 24 ore). Età massima 30 a. Scad. ore 17 del 5 febbr.

PALIZZI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena pel centro e Pietrapennata; L. 3400 lorde e 3 sessenni. Compartecipazione sussidio governativo per la lotta antimalarica. Scad 25 febbraio.

PERINALDO (*Porto Maurizio*). — Condotta piena ed uff. san.; arm. farm.; L. 3000. Scad. 10 febb.

POZZOLO FORMIGARO (*Alessandria*). — Condotta per circa 120 famiglie povere; L. 1800 e 4 sessenni. Scad. 10 febbraio.

S. DANIELE (*Udine*). — A tutto 15 febbraio medico comunale e del civico Ospedale e manicomio succursale. L. 5000 nette da R. M. Se l'eletto sarà anche nominato Direttore dell'Ospedale e ufficiale sanitario avrà diritto a speciali compensi. A richiesta si spedisce avviso.

S. GERMANO CHISONE (*Torino*). — Consorzio sanitario con Pramollo e Inverso Porte. Popol. 3200. Per i poveri (non oltre il 10 %). stipendio L. 2000 più L. 250 quale uff. san. Scad. 20 febbraio.

SOLTO (*Bergamo*). — Condotta consorziale; L. 4500, cura piena. Scade 15 febbraio.

TRAPANI. — Direttore sanitario dell' *Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sieri-Pepoli*, da erigersi in Trapani; L. 4000 e abitazione. Laurea da almeno cinque anni; età minima 31 anni, massima 45 anni. Prova biennale. Scad. 31 marzo.

TORINO. — *Società Operaia di M. S. e Cooperativa Madonna Campagna, Lucento, Borgo Vittoria*, Medico chirurgo ostetrico della Società, con obbligo di residenza nella regione. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 10 febbraio.

Medico-chirurgo, ottimi titoli, pratico ospedali, condotte, cerca per febbraio o marzo buon interinato o supplenza nell'alta o media Italia. Scrivere: tessera ferroviaria 935-8 - fermo posta - Milano.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Concorsi scientifici.

1913 marzo 1. — Bologna. R. Accad. delle Scienze. Premio De Cyon (3000): Le funzioni del cuore, del labirinto, delle tiroidi, dell'ipofisi, della pineale.

1913 marzo 31. — Messico. Ministero dell'istruzione (5000): Trasmissione e trattamento della lebbra.

1913 aprile 1. — Milano. Istituto Lombardo. Premio Fossati (2000). I rapporti delle cellule gangliari nel sistema nervoso centrale.

1915 aprile 1. — Milano. Istituto Lombardo. Premio Secco Comneno (864): Sulla indicanuria.

1913 aprile 16. — Gand. Société Médicale Guislain (1000): Etiologia e profilassi della paralisi generale. Manoscritti al Presidente della Commissione Internazionale, prof. Tamburini (Roma).

1913 maggio 31. — Roma. Soc. Freniatrica Italiana (500): Memoria di psichiatria clinica. Memorie al prof. Tamburini (Roma).

1913 giugno 1. — Madrid. R. Acad. Médica. Premio Alvarez Alcala (500): *a*) Gli agenti anafilattici: come si ottengono; come agiscono; *b*) Le discrasie e le secrezioni interne. - Premio Martinez Molina (640): Struttura del cuore.

1913 ottobre 31. — Venezia. Premio Società Italiana di Otorinolaringologia (1000): Profilassi della sordità nei bambini. Manoscritti al dottor Patelli, Venezia.

1913 dicembre 31. — Roma. Premio Reale (10,000): Fisiologia normale e patologica.

1913 dicembre 31. — Bologna. Società Medico-chirurgica. Premio Gaiani (500): L'ipertensione arteriosa.

1913 dicembre 31. — Parigi. Acad. des Sciences. Premio Pourat (1000): I raggi X e i raggi del Radio in rapporto alla nutrizione delle cellule viventi. - Premio Parkin (3000): Rapporto tra le epidemie e le eruzioni.

1913 dicembre 31. — Carlsbad. Premio della Vereinigung Karlsbader Aertze (5000 kr): La cura del diabete mellito con speciale riguardo alla terapia.

1914, estate (al Congresso di Budapest). — Premio Lombroso (1000): Importante studio di antropologia criminale.

1914 dicembre 31. — Parigi. Acad. des Sciences. Premio La Caze (10,000). Il miglior lavoro di fisiologia.

1915 dicembre 31. — Parigi. Acad. des Sciences. Premio Dusgate (2500): Diagnosi di morte.

1916 dicembre 31. — Torino. R. Accad. medica. Premio Riberi (20.000): Lavoro scientifico da cui sia conseguito un notevole progresso nelle scienze mediche.

PISA. — *Premio « Fubini »*. È aperto il concorso al premio Fubini di lire mille, per il miglior lavoro di materia medica. — Vi possono concorrere soltanto i medici laureati a Pisa, da non oltre tre anni, e gli studenti della facoltà medica pure di Pisa.

I lavori, manoscritti o stampati, si debbono inviare alla segreteria di quell'Università non oltre il 15 novembre 1913.

Nomine, promozioni ed onorificenze.

BOLOGNA. — Il dott. Tiasonni Vincenzo è nominato assistente in clinica ostetrica.

CATANIA. — Il dott. Russo Giuseppe è nominato aiuto in fisiologia.

NAPOLI. — Sono nominati i dottori: Scaffidi Vittorio aiuto e Porcelli Ferdinando assistente in patologia generale; Leone Gustavo assistente in materia medica e farmacologia.

PADOVA. — Il dott. De Gaetani, dell'Università di Messina, aiuto comandato a Pisa, è comandato a Padova, presso l'Istituto anatomico.

Sono nominati i dottori: Carbone Domenico assistente in igiene, Stoccarda Giorgio tecnico in anatomia patologica.

PARMA. — Sono nominati i dottori: Lasagna Francesco aiuto in anatomia umana, Dalla Valle Alberto assistente in anatomia patologica.

PAVIA. — Il dott. Oppizzi Carlo è nominato assistente in clinica delle malattie mentali.

PISA. — Sono nominati i dottori: Antico Vito assistente in patologgia medica, Lami Zanetto assistente in anatomia umana.

ROMA. — Il dott. Saffiotti Umberto è nominato assistente in antropologia.

SASSARI. — Il dott. Barbaglia Vittorio è nominato aiuto in clinica dermosifilopatica.

TORINO. — Sono nominati i dottori: Dezani Serafino aiuto, Avite Giovanni e Cattoretti Franco assistenti in materia medica, Gamna Carlo assistente in anatomia patologica.

NOTIZIE DIVERSE

Guido Baccelli visita l'Hôtel Dieu di Parigi.

Il 25 gennaio Guido Baccelli, andando ad assistere ad una prolusione del prof. Gilbert nell'anfiteatro della Clinica medica all'*Hôtel-Dieu*, fu accolto con i segni della più grande deferenza da tutti i professori e dagli studenti che gremivano l'aula. Egli prese parte alla discussione sul caso clinico.

Si trattava di un gravissimo caso di sifilide delle prime vertebre occipitali guarito, dopo tre mesi di cure, per mezzo delle iniezioni endovenose di sali mercuriali secondo la formula ed i procedimenti del Baccelli. Cogliendo l'occasione della presenza del clinico illustre, il prof. Gilbert rammentò che si deve alla scienza e alla consapevole audacia di Guido Baccelli se la via delle vene è stata aperta per la prima volta ai rimedi eroici e si hanno i benefici dovuti a questo metodo.

Per Roberto Ardigò.

Le onoranze tributate al geniale e ardito filosofo in occasione del suo 85° compleanno sono state imponenti e cordiali.

Il rettore prof. Rossi, il presidente della facoltà di lettere e filosofia e il prof. Poggi si sono recati in casa del sen. Ardigò per recargli l'omaggio del Consiglio accademico e di tutti i professori dell'Università.

Per tutta la giornata è continuato il pellegrinaggio degli ammiratori.

Particolarmente affettuosa è riuscita la dimostrazione studentesca per la quale il ministro Credaro aveva telegrafato: « Sono con voi con la mente e col cuore ».

A centinaia sono giunte le adesioni dall'Italia e dall'estero.

Per Luigi Simonetta.

All'esimio igienista, al filantropo modesto e inesauribile, i cittadini di Perugia hanno dato un'attestazione solenne di gratitudine e di ammirazione, conferendogli la cittadinanza onoraria.

Forse nessun'altra manifestazione poteva riuscire più gradita al prof. Simonetta, il quale vede almeno in parte ricambiato l'affetto che ha prodigato, insieme alle sue ricchezze, durante una vita consacrata con nobile slancio alle opere igieniche ed alle istituzioni di beneficenza.

La sua attività filantropica si è profusa in un apostolato che non cessa di esercitare nemmeno dalla cattedra.

I medici in particolar modo sentono viva riconoscenza per l'illustre collega, il quale con non lievi sacrifizi è riuscito a infondere florida vita al Collegio degli orfani dei sanitari in Perugia.

Nessun elogio sarebbe pari ai meriti di chi ha sprezzato gli allettamenti dell'agiatezza — così irresistibili per le persone volgari, di cui tanto abbondano le nostre classi privilegiate — e si è tutto dedicato agli studi severi di laboratorio ed alla beneficenza.

Offerta del senatore Bassini.

Tornato a Padova dopo l'inaugurazione dell'Istituto che a lui s'intitola, il senatore Edoardo Bassini inviò al presidente del Pio Istituto se-

natore Pullè la somma di lire diecimila, quale nuova offerta.

A nome del Consiglio il senatore Pullè ha inviato al prof. Bassini un affettuoso telegramma di ringraziamento.

Un ospedale pei tubercolosi settici.

L'illustre professore dell'Università di Roma, Roberto Campana, ha stabilito di aprire a sue spese un ospedale per il ricovero e la cura dei tubercolosi settici.

Ha presentato una istanza al Ministero dell'interno perchè sia emesso un regio decreto per la erezione dell'Istituto in ente morale.

Nell'atto di donazione il prof. Campana ha esposto lucidamente le speciali ragioni che giustificano, dal lato scientifico e pratico, l'apertura del nuovo ospedale.

Nel medesimo atto di donazione il prof. Campana ha indicato i mezzi con i quali il nuovo ospedale potrà conseguire il suo scopo fin dalla fondazione. Essi sono:

a) un ampio fabbricato del valore di lire 185 mila, posto in una località eccentrica di Roma e che, per essere perfettamente isolato e costruito in parte allo scopo cui verrebbe ora destinato dal munifico proprietario, presenta tutti i requisiti richiesti dalla scienza per farne un sanatorio modello per i tubercolosi;

b) la rendita di una casa esistente a Teramo ed avente il valore commerciale di lire 60.000 circa;

c) una cartella di rendita di lire 1500 (capitale lire 45.000);

d) le diarie pagate dagli ammalati di condizione agiata, che vorranno esser curati nel nuovo ospedale;

e) le eventuali elargizioni di quei cittadini o amministrazioni che contribuiranno all'incremento della benefica istituzione;

f) la biblioteca e gli arredi professionali del prof. Campana.

Plaudiamo di cuore alla generosa oblazione.

Beneficenza.

Il signor Stefano Garrè, nativo di Savignone (Liguria), da anni stabilito all'Argentina, dove ha già accumulato una ingente fortuna, ha ultimamente guadagnato il premio di Natale di un milione di pezzi, equivalente in moneta nostra a due milioni e 300 mila lire. Il Garrè ha elargito tutta la ingente somma distribuendola per un decimo tra i parenti poveri e per il resto per Opere pie nell'Argentina, alla scuola di Savignone, San Bartolomeo e all'Ospedale di Busalla.

L'atto di grande munificenza ha destato ammirazione tra i concittadini del Garrè al quale l'amministrazione dell'ospedale di Busalla ha spedito un telegramma di plauso e di ringraziamento.

Un dispensario municipale a Roma.

L'Amministrazione comunale di Roma aveva incaricato l'Istituto dei Beni Stabili di costruire nel quartiere di San Lorenzo un apposito edificio per raccogliervi i dispensari celtico e medico-chirurgico e quello istituendo antitubercolare.

L'edifizio è ora sorto. L'Amministrazione ha però riconosciuto che vi potranno trovar sede sufficiente e decorosa soltanto il dispensario medico-chirurgico e quello antitubercolare.

L'esercizio temporaneo del dispensario viene affidato, con apposita convenzione, alla benemerita Alleanza Romana fra le opere antitubercolari, che si assume l'obbligo di provvedere alle spese.

Mutui per opere igieniche.

Il Ministero degli interni ha diramato una circolare per l'applicazione del regolamento relativo ai mutui di favore per le provviste d'acqua potabile e per le altre opere d'indole igienica.

I temi svolti nei concorsi presso l'Amministrazione della sanità pubblica.

Il tema svolto negli esami di concorso per la nomina ad assistente al Laboratorio di micrografia e batteriologia è stato il seguente: « vaccino antivaiuoloso: produzione del vaccino e vaccinazione ».

I temi svolti negli esami di concorso per la nomina a medico provinciale aggiunto furono: 1° giorno: « Principali sistemi di fognatura e loro valore igienico »; 2° giorno: « La profilassi del tifo addominale ».

Il tema svolto nell'esame di concorso per la nomina a coadiutore nel laboratorio di micrografia e batteriologia è stato: « Tubercolosi umana e bovina in rapporto alla profilassi ».

Commissioni per concorsi universitari.

Le nuove Commissioni per i concorsi e le promozioni nelle cattedre universitarie, risultarono così costituite:

Clinica pediatrica: Comba, Jemma, Concetti, Bozzolo, Fede, Tedeschi, Maragliano, Riva, Forlanini. Materie affini: Sclavo, Castellino, Bozzolo, De Giovanni.

Clinica otorinolaringoiatrica: Gradenigo, Ferreri, Masino, Grazzi, Massei, Carle, Salomoni, Biondi, Montalti. Materie affini: Durante, Ceci, Trambusti, Novaro.

Clinica oculistica: Angelucci, Ovvio, Gallenga, Albertotti, Falchi, Guaita, Bajardi, Tartuferi, Lodato, Cirincione. Materie affini: Tricomi, Aducco, Durante.

Clinica delle malattie mentali e nervose: Tanzi, D'Abundo, Belmondo, Lugaro, Tamburini, Morselli, Pellizzi, Mondino, Tonnini, Colella. Materie affini: Mingazzini, Murri, Golgi, Luciani.

Fisiologia: Bottozzi, Marcacci, Lomonaco, Spallitta, Aduco, Stefani, Luciani, Paladino, Capparelli, Fano. Materie affini: Galeotti, Mori, Gaglio, Antonelli.

Elettroterapia e radiologia medica: Queirolo, De Renzi, Tamburini, Spallita Bottazzi, Negro, Lustig, Alessandri, Mingazzini, Barducci. Materie affini: Devoto.

Chimica farmaceutica: Angeli, Guareschi, Pesci, Marino, Piutti, Cerabona, Spingardi, Betti, Paternò, Daccomo, Zanetti. Materie affini: Ciamician, Paternò, Oglialoro, Masini, Balbiano.

I premi « Vittorio Emanuele » a Bologna.

A Bologna, nell'aula magna della biblioteca universitaria sono stati distribuiti i premi « Vittorio Emanuele », presente uno scelto e numeroso pubblico di autorità, professori, studenti, signore, invitati.

La relazione venne letta dal pro-rettore prof. Poggi, e il discorso ufficiale sul tema « L'archeologia italiana a Creta e in Libia » fu pronunziato dal prof. Ghirardini.

Nella Facoltà di medicina e chirurgia, accogliendosi unanimemente la proposta della Commissione, il premio fu assegnato all'unico concorrente sig. dott. Cesare Cavina per il suo lavoro « Sui sieri e tessuti tossici per la placenta ».

La stessa Facoltà assegnò pure alla unanimità il premio Concato al dott. Francesco Schiassi, il quale ha ottenuto il maggior numero di voti negli ultimi tre anni del corso.

La spedizione sanitaria meridionale ritorna nei Balcani.

Il professor Carlo Cattapani, comandante della spedizione sanitaria nei Balcani, ritornerà fra giorni a Murrician sotto il Tarabosc a riprendere la direzione del servizio sanitario temporaneamente ridotto ad una sezione, durante l'armistizio.

Fra gli attestati pervenuti alla missione durante la sua permanenza in Italia, importante è un telegramma che, alla vigilia della ripresa della campagna, il Presidente del Consiglio dei Ministri montenegrino, generale Martinovic, ha indirizzato al capo della missione, professor Cattapani. Esso dice tra l'altro :

« ... le truppe sotto il mio comando, presso le quali la spedizione sanitaria ha prestato sua efficacissima opera, ed io pure, non abbiamo che a lodare ed ammirare l'organizzazione e l'abnegazione fino al sacrifizio di sè stessi, poichè lei ed i suoi compagni prestarono aiuto ai feriti nelle più avanzate posizioni e durante i combattimenti nelle prime file sotto il fuoco, sopportando inoltre per lungo tempo con valore e disinvoltura tutti i disagi della guerra in contrade difficili e prive di viabilità e di ogni necessario.

Per ciò noi tutti serberemo per lei e per i suoi compagni grata e sincera riconoscenza e non dimenticheremo mai gli ottimi servizi che ci avete reso da veri fratelli italiani ».

Il V Congresso di Medicina Ferroviaria

indetto a Napoli, è stato definitivamente fissato per i giorni 9, 10 ed 11 ottobre corrente anno.

Corso di perfezionamento in igiene.

Il 1° aprile nell'Istituto d'igiene dell'Università di Parma avrà principio il corso complementare d'igiene pratica per gli aspiranti alla carica di ufficiale sanitario. Il corso durerà due mesi e sarà quotidiano.

Si richiede il diploma di laurea in medicina e chirurgia, chimica, chimica farmaceutica o veterinaria. Ricevuta di lire 100 rilasciata dall'economo della stessa Università.

Essendo limitato il numero dei posti disponibili, le iscrizioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione della domanda.

Agli ammessi si consiglia di portare il microscopio adatto per le ricerche batteriologiche.

Una medichessa decorata.

La prima donna decorata in Francia per i suoi titoli scientifici è una medichessa: la signora Dejerine, moglie del celebre neurologo.

In collaborazione col marito ella ha pubblicato un atlante di anatomia nervosa, che è un monumento mirabile, compiuto con i documenti raccolti, preparati e disegnati da lei.

Ella ha elucidato molti problemi della specialità ed ha ispirato molte tesi di laurea, fornendo consigli e aiuti preziosi nelle ricerche di anatomia normale e patologica

I lavori della Dejerine la classificarono tra i primi neurologi viventi.

Della Dejerine viene anche ricordato un atto di valore: al Thalgut, presso Berna, salvò una giovine che stava per annegare in un torrente, mentre a soccorrerla si era già gettato nell'acqua il prof. Dejerine senza riuscirvi e correndo anzi gravi pericoli.

La signora Dejerine ha messo tutto il suo cuore di donna in una nobile e grande opera: il « Vestiaire» degli ospedali parigini

Alla più dotta ed alla più illustre delle medichesse viventi inviamo i nostri cordiali rallegramenti.

Calendario dei Convegni Medici.

1913.

Marzo	17-20.	Parigi. Congresso Internazionale di educazione fisica.
Id.	25-29.	Lilla. VII Congresso Francese di ginecologia e pediatria.
Id.	-	Wiesbaden. XXVII Congresso Tedesco di medicina interna.
Aprile	10.	Berlino. Congresso Tedesco di chirurgia.
Maggio	-	Pietroburgo. XII Congresso pan-Russo di medicina, in memoria di Pirogow.
Giugno	17-20.	Minneapolis (S. U. d'A.). Congresso dell'Associazione medica Americana.
Id.	-	Roma. IV Congresso Nazionale per le malattie professionali.
Agosto	6-12.	Londra. Congresso Internazionale delle Scienze mediche.
Id.	25-29.	Kiev. Congresso pan-Russo di oto-rinolaringologia.
Id.	-	Lima. VI Congresso medico pan-Americano.
Settem.	2-6.	Göttingen, Congresso Internazionale di fisiologia.
Autunno	-	Torino. IV Congresso Nazionale contro la tubercolosi.
Id.	-	Saigon. Congresso Internazionale di medicina tropicale.

1914.

Estate	-	Budapest. VIII Congresso Internazionale d' antropologia criminale.
Agosto	10-15.	Pietroburgo. XII Congresso Internazionale di oftalmologia
Settemb.	-	Berna. Congresso Internazionale di neurologia e psichiatria.
Autunno	-	Vienna. Congresso Internazionale per le malattie del lavoro.

1917.

-	-	Londra. Congresso Internazionale contro la tubercolosi.

Il dott. Giuseppe Lodoli, Primario e Direttore dell' Ospedale di Civitavecchia, è morto acutamente in giovane età. I suoi scritti accurati e la sua sicura esperienza clinica gli avevano data buona rinomanza. Alla desolata famiglia mandiamo i sensi del più profondo cordoglio

---

Rassegna della stampa medica.

« Ann. di Med. Nav. e Col. », ott. Rho. Il regime alimentare dei militari in rapporto ai moderni concetti sulla fisiologia dell'alimentazione.

« Giorn. della Associaz. Napolet. di Medici e Natur. », XVI. Rosati. La splenectomia nella malaria cronica con cachessia in rapporto alla emolisi splenica. — Marsiglia. Sullo sviluppo delle capsule articolari.

« La Presse Méd. », 4 dic. Sicard e Foix. L'albumino-reazione del liquido cefalo-rachidiano. — Lévy. Sui rapporti tra emicrania e nevralgie.

« Giorn. Ital. d. Mal. Ven. e d. Pelle », V (4 dic.). Gravagna. Sull'ulcera venerea extragenitale. — Burzi. Sieri e vaccini antigonococcici.

« Le Bull. Méd. », 4 dic. Broca. Cura palliativa dei tumori cerebrali.

« Gazz. d. Osp. », 5 dic. Bordier. Fibromi uterini e raggi X.

« Dent. Med. Woch ». 5 dic. Klotz. La cura della enuresi notturna. — Müller. Riparazione dei difetti nelle vie urinarie mediante trapianti animali.

« Wien. klin. Woch. », 5 dic. Schottlaender. L'operazione precoce del cancro uterino. — Stein. Il benzolo nella leucemia. — Tsiminakis. L'acido nucleinico nella paralisi progressiva.

« Zbl. f. Chir. », 7 dic. Laméris. Epato-colangio-enterostomia.

« Zbl. f. inn. Med. », 7 dic. Seiferh. Rivista generale di rino-laringologia.

« Edinb. Med. Journ. », dic. James. La secrezione mammaria indipendente dalla gravidanza.

« Gazz. Med. It. », 5 dic. Rusca. Sugli enzimi splenici.

« Jahresk. f. ärzst. Fortb. », dic. Medicina legale e d'infortuni.

« The Lancet », 7 dic. Moullin. Biologia dei tumori.

« Mediz. Klinik. », 7 dic. Mercklin. La salute psichica. — Ribbert. La chemoterapia del cancro.

« Brit. Med. Journ. », 7 dic. Jones. Sulla cura delle fratture. — Moullin. Biologia dei tumori. — Keitk. La natura funzionale del cieco e dell'appendice.

« Le Progrès Méd. », 7 dic. Martin. Cisti del pancreas.

« Gazz. d. Osp. », 8 dic. Cappelli. Rottura spontanea dell'apparecchio valvolare mitralico.

« Berl. klin. Woch. », 9 dic. Oppenheim. Tumore del cervelletto operato; guarigione. — Strubell. Problemi farmaco-dinamici.

« Riv. di Patol. nerv. e ment. », 7 dic. Simonelli. I disturbi psichici nei tumori cerebrali. — Pagano. Il meccanismo fisiologico delle emozioni.

« Le Bull. Méd. », dic. Plicque. Diagnosi e trattamento delle micosi.

« Gaz. d. Hôp. », 7 dic. Laroche e Girons. L'anafilassi alimentare.

« La Belg. Méd. », 8 dic. Rulot e van Duyse. Sulla profilassi del tracoma.

« Paris Méd. », 7 dic. Numero consacrato alle malattie dell'infanzia.

« Klin-ther. Woch. », 9 dic. Dercum. Diagnosi e localizzazione degli ascessi cerebrali. — Kolb. L'antimeristema nella cura del cancro.

« The Journal A. M. A. », 7 dic. Herrick. L'occlusione improvvisa delle arterie coronarie. — Fordyce Stevenson. Sulle malattie professionali. — Harsha. Cura operativa del prognatismo.

« Münch. Med. Woch. », 19 nov. zur Werth. Sulla chirurgia da guerra. — von Linden. Sulla chemoterapia della tubercolosi. — Herxheimer. Sarcomatosi cutanea trattata col thorium X.

« Münch. Méd. Woch. », 10 dic Gerhardt. Il romore di « crescendo » della stenosi mitrale. — Strauss. Sulla chemoterapia della tubercolosi esterna.

« Le Bull. Méd. », 11 dic. Berard. Sui traumatismi del cranio.

« La Sem. MAd. », 11 dic. Lejars. La « malattia gelatinosa » d'origine appendicolare.

« Wien. Klin. Woch. », 12 dic. Révesz. L'assistenza psichiatrica sul campo della guerra. — Falta e Zehner. Gotta trattata con thorium X.

« La Stomatol », dic. Brugnatelli. Reazioni chimiche di alcuni componenti la saliva normale mista. — Arlotta. Angiosarcoma del mascellare superiore e del rinofaringe; resezione totale e protesi immediata del mascellare.

« La Presse Méd. », 11 dic. Sergent E. e Lian. L'insufficienza surrenale nel vomito incoercibile della gravidanza.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.
L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 9 febbraio 1913* Fasc. 6

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Il Radium nelle sue nuove applicazioni terapeutiche.

(Le Emanazioni).

Rivista sintetica per il dott. G. DE LILLO.

Con l'approfondirsi degli studi sul radium, sulle sostanze radio-attive in genere, e sui loro prodotti di decomposizione, molti fatti nuovi sono venuti alla luce, e naturalmente anche anche il campo delle applicazioni è stato allargato.

Il radium è conosciuto principalmente per i suoi sali di cui i più importanti sono i bromuri, i cloruri, i solfati ed i carbonati.

Questi sali sono detti radio-attivi cioè emettono delle radiazioni in una maniera spontanea e continua. Queste radiazioni sono per noi invisibili ma noi le conosciamo principalmente per i loro effetti (termici, luminosi, chimici, elettrici). E più un corpo è maggiormente dotato di queste proprietà più si dice radio-attivo.

La radio-attività non è fenomeno unico del sale di radio ma è comune ad altri corpi come l'uranio, il thorio, l'attinio ecc. e forse col tempo si dovrà ammettere che tutta la materia sia radiante. In ogni modo oggi sono detti radio-attivi quei corpi che hanno la caratteristica di sviluppare delle energie spontaneamente e senza che in apparenza si consumino. Così per il radium ad es. L'energia luminosa si rileva dal fatto che senza alcuna forza esteriore essi rendono fosforescenti o fluorescenti dei corpi (solfato di zinco e platino-cianuro di bario). L'energia termica si rileva dal fatto che esso si trova sempre ad una temperatura superiore di tre gradi circa a quella

dell'ambiente. L'energia chimica dalla proprietà di impressionare le lastre fotografiche, di trasformare il fosforo bianco in fosforo rosso. L'energia elettrica si può rilevare principalmente dal fenomeno della jonizzazione dell'aria in cui il corpo radio-attivo si trova e quindi dal potere scaricare le foglie d'oro di un elettroscopio.

Per spiegare questa continua produzione di energia il Rutheford e il Soddy fin dal 1902 emisero l'ipotesi (in seguito confermata mirabilmente dai fatti acquisiti) che avvenisse una lenta continua e spontanea disintegrazione atomica dell'elemento radio-attivo. Ossia l'atomo creduto fino a pochi anni fa indivisibile veniva a scindersi per dar luogo a produzione non solo di corpuscoli od elettroni, ma addirittura a sostanze nuove di carattere elementare indiscusso; si formano cioè, con minore o maggiore rapidità dei *metaboli*, delle piccole quantità di sostanze nuove che sono veri termini di passaggio di una trasformazione del corpo radio-attivo a instabile compagine elementare in un'altra sostanza pure elementare ma ad equilibrio più stabile. Così ad es. il radium stesso non sarebbe altro che un *metabolo* sufficientemente stabile dell' uranio a cui si giungerebbe passando altri due *metaboli* l'uranio X e il ionio.

Secondo altri autori invece i corpi radio-attivi non sarebbero atomi instabili di cui le trasformazioni successive rappresenterebbero le tappe di un cammino verso una forma di materia più stabile, bensì un processo particolarmente attivo del fenomeno generale della evoluzione della materia.

Comunque sia, il radium si trasforma lentamente e continuamente fino a dare dopo migliaia di anni un nuovo corpo quale il polonio, ed oggi si ammette che l'ultimo grado di disintegrazione atomica del radium sia il piombo a cui si arriverebbe, secondo un'ipotesi del Rutheford, dopo tremilaseicento anni. E la presenza del piombo nei minerali radiferi confermerebbe questa ipotesi.

Ma prima di arrivare a questo ultimo corpo esso passa a traverso stadi successivi (quali per es. le radiazioni, le emanazioni) formando nuovi corpi.

LE RADIAZIONI.

Tutti i corpi radio-attivi, come abbiamo detto e ripetuto, emettono delle radiazioni. Esse da Becquerel, Giessel, Kaufmann ed altri furono distinte in tre grandi categorie: radiazioni α, β, γ.

Le radiazioni α sono corpuscoli relativamente grandi distaccati dall'atomo radium e lanciati con estrema forza e velocità nello spazio. Così soltanto cioè per il numero (parecchi milioni per mmg. ed al secondo) e per la loro grandissima velocità (20000 km. al secondo), possiamo spiegarci la produzione di così grandi energie che poi vengono trasformate in calore. E per farsi un'idea di questo calore sviluppato basta pensare che 1 gr. di radio in un'ora, qualunque sia la temperatura dell' ambiente, sviluppa una caloria, cioè può fondere 1 gr. di ghiaccio. La energia calore nel radium è dovuta principalmente a queste radiazioni α che formano gli otto decimi delle radiazioni totali del radium.

La natura delle radiazioni α sono ben conosciute e studiate dai fisici. Essi hanno stabilito che questi corpuscoli sono carichi di elettricità positiva (osservando le deviazioni su di un campo magnetico); hanno stabilito che il peso atomico è 4 rispetto all'Idrogeno, e finalmente per mezzo dello spettroscopio hanno riconosciuto che questo nuovo corpo è l'Elio, un gas che si trova anche nell'atmosfera terrestre, ma di cui è ricca la fotosfera solare

Le radiazioni β e γ invece non sono ben definite. Sarebbero degli elettroni negativi della stessa natura dei raggi katodici, e le radiazioni γ sarebbero come i raggi X (cioè i raggi antikatodici) di un tubo eminentemente duro; e pare che queste radiazioni γ non siano cariche nè di elettricità positiva nè negativa e quindi non vengono deviate sottoposte alla azione di un campo magnetico. Esse devono considerarsi come una vibrazione dell'etere lanciata ad una velocità enorme, forse superiore alla velocità della luce. I loro atomi sono così piccoli e la loro velocità è tale che mentre i raggi sono intercettati da una lamina di mica, queste neanche una lamina di piombo di 10 mm. di spessore può arrestarle.

Come si vede questi elettroni β e γ possono essere prodotti anche artificialmente da un tubo Roentgen; ma i raggi γ di un tubo sono dotati di un potere di penetrazione assai inferiore a quello dei raggi di γ di un sale di radium, bastando ad arrestarli una lamina di piombo di 2 millimetri.

LE EMANAZIONI.

Un altro prodotto importantissimo di trasformazione del radium è la Emanazione. Come si produce l'abbiamo detto (per dislocazione atomica); quando cioè l'atomo radium perduto il suo

equilibrio fisico, per la proiezione di corpuscoli positivi e negativi, la molecola di cui faceva parte viene per questo processo di disintegrazione trasformato in una nuova sostanza. È di questo nuovo corpo che ha così grande importanza specie per la sua azione sull'organismo debbo occuparmi principalmente, poichè devo parlare non dell'azione locale del radium ma dell'azione generale; azione che si ha appunto per mezzo dell'Emanazione. L'Emanazione è un gas fisso le cui proprietà sono ben note e studiate. Nella tabella del Mendeleieff corrisponde ad un gas, del tipo così detto Argon; questo gas scoperto dal Ramsay è inattaccabile dagli acidi e dalle comuni reazioni chimiche; non può essere nè assorbito nè modificato e mantiene sempre inalterato il suo volume e le sue proprietà.

La Emanazione invece segue come tutti i gas la legge di Mariotte (cioè il volume è inversamente proporzionale alla pressione su di esso). È dotato di una densità superiore all'aria. Può essere disciolto in acqua in una proporzione determinata. Può essere assorbito dai solidi (così Rutheford ha dimostrato che il carbone di legno assorbe bene l'emanazione ma col riscaldarlo al rosso la libera). Può essere travasato da un recipiente all'altro come l'acido carbonico, l'ossigeno, ecc. Può essere concentrato col freddo, dilatato col calore. La sua densità è di circa 222.

In conclusione tutte le proprietà dei comuni gas ma con la caratteristica per noi importante di essere un gas radio attivo, cioè di sviluppare delle energie; energie che sono centinaia di volte superiori a quelle del radium stesso.

Inoltre l'Emanazione ha la proprietà di produrre il fenomeno chiamato dai coniugi Curie « radio-attività indotta », cioè il potere di rendere radio-attivi i corpi circostanti; ciò che sarebbe dovuto ad un vero deposito materiale di uno dei prodotti di disentegrazione dell'Emanazione.

Perciò quando si dice un fango, un'acqua un corpo è radio-attivo s'intende saturo di Emanazione o meglio contenente i prodotti della sua disintegrazione.

L'Emanazione, dunque, essendo un corpo radioattivo dà luogo, come abbiamo visto, per disintegrazione a nuove radiazioni e a nuovi corpi radioattivi tra cui si possono citare il radio *A*, il radio *B*, il radio *C*, il radio *D*, il radio *E*, il radio *F*.

Queste sostanze che al contrario della Emanazione gassosa, sono solide, hanno una breve durata ed emettono alla loro volta delle radiazioni. Così il radio *A* dura 3 minuti ed emette raggi α. Il radio *B* dura 21 minuti e sembra che non emetta raggi. Il radio *C* dura 28 minuti ed emette raggi α, β e γ. Il radio *D* dura 40 anni ed emette raggi α (secondo le recenti esperienze dell'Hahn di Berlino anche dei raggi β, ma assai molli). Il radium *E* dura 6 giorni ed emette solo raggi β e γ. Il radium *F* dura 143 giorni ed emette solo raggi α (questo radium sarebbe il polonio) e dopo verrebbe il radium *C* che sarebbe il piombo, termine ultimo del radium.

AZIONE DELLA EMANAZIONE SULL'ORGANISMO.

L'azione biologica dell'emanazione è dovuta a tutti i suoi prodotti di disintegrazione, ma principalmente ai raggi α del radium *D*. Questi raggi α influenzano, come vedremo in seguito, principalmente la scomposizione dell'acido urico. Hanno un potere battericida rilevantissimo superiore al radium stesso. Dai lavori di Wickham, Fabre, Daunystz, Braumstein risulta che l'Emanazione ha un'azione speciale sulle culture rallentandole o addirittura uccidendole.

Il Goldberg e il Bauman hanno dimostrato che l'emanazione uccideva i bacilli del tifo in cultura solida, ne arrestava lo sviluppo in gelatina.

Esercitava una azione attenuante sulle tossine tetaniche e difteriche (Ostroswki e Fabre), neutralizzante su certi veleni come quelli dei serpenti (Phiscalis).

Ma oltre queste azioni sui batteri, sulle tossine, sui veleni, le Emanazioni ne manifestano altre importantissime sui fermenti, sulla nutrizione, sull'acido urico.

Sui fermenti ormai è fuori di ogni dubbio che l'Emanazione agisca attivando la loro azione sull'organismo. Le ricerche di Bergell, Braustein e Bikel hanno provato che l'Emanazione accresce l'azione zimotica della pepsina, della pancreatina e degli altri fermenti in generale. Il Reicher ha dimostrato l'azione sul fermento glicolitico. Il Neuberg e Wohlgelmuth per i primi hanno constatato irradiando un carcinoma col radium, un aumento dell'autolisi che essi attribuivano ad una attivazione dei fermenti autolitici. Difatti le successive sistematiche esperienze dei Lowenthal ed Edelstein hanno confermato la osservazione dei precedenti autori dimostrando che l'Emanazione di radium attiva i fermenti sia autolitici che diastatici.

Riguardo all'azione sulla nutrizione Silbergleit e Kikoji facendo esperienze su individui sani

hanno constatato l'aumento notevole degli scambi organici dimostrando che era aumentato sia il consumo dell'ossigeno che la produzione dell'acido carbonico, ed il quoziente respiratorio cresceva parallelamente all'aumento degli scambi dei gaz.

Chevrier (di Parigi) ha studiato l'azione della Emanazione sul sangue ed ha visto che mentre i globuli bianchi subiscono una leggera diminuzione i globuli rossi al contrario aumentano di numero.

Ma l'azione più importante e specifica dell'Emanazione è sul ricambio organico e in special modo sull'acido urico.

Dalle classiche ricerche iniziate da His e Paul e continuate da Gudzent risulta che nel sangue dei gottosi l'acido urico circola unicamente sotto forma di monurato di soda pochissimo solubile e la Emanazione di radium avrebbe appunto la proprietà di renderlo solubile sino a scinderlo in acido carbonico ed ammoniaca.

E ciò avverrebbe, come ha luminosamente provato il Gudzent, unicamente per effetto del radio *D* prodotto dalla disintegrazione della Emanazione.

Lo stesso autore istituì serie e convincenti ricerche per dimostrare questa solubilità dell'acido urico sotto l'influenza della Emanazione.

Ne riporto in succinto le esperienze.

Egli cominciò collo sciogliere il monourato di soda in una soluzione fisiologica di cloruro di sodio, oppure in acqua semplice, tenendo le soluzioni sempre a temperatura di 37 gradi centigradi. Poi estrasse, ad intervalli, delle determinate quantità di questa soluzione stabilendo l'azoto che si sviluppava. Al principio della esperienza trovò 2.4 mmgr. di azoto (corrispondente a 9 mmgr. di monurato di soda, in 100 cmc. della suddetta soluzione; dopo tre settimane ripetendo la prova trovava inalterate le stesse cifre. Concludeva così che il monurato di soda resta invariabile in una soluzione fisiologica ed in acqua semplice.

Invece nella soluzione fisiologica oppure nell'acqua dopo averla saturata di Emanazione facendovi gorgogliare dell'aria o dell'ossigeno, il monurato di soda si comportava diversamente. E cioè in 100 cmc. dopo 24 ore si aveva mmgr. 2.6 di azoto; dopo 40 ore 6.73; dopo 67 ore 10.29; dopo 90 ore 14.5; dopo 138 ore 20,23 mmgr. di azoto.

Dalle quali cifre risultava che la Emanazione di radio aumenta rapidamente e considerevolmente la quantità di azoto sviluppata (ciò che non si era ottenuto prima) e risultava anche che la Emanazione trasforma il monurato di soda da poco solubile a solubile, decomponendolo in acido carbonico ed ammoniaca.

Tutte le suddette esperienze furono ripetute diverse volte e sempre con i medesimi risultati cercando inoltre di eliminare ogni causa di errore o di dubbio. Così per esempio da prove eliminari si dimostrò che l'aria o un altro gas senza Emanazione di radio non modifica affatto le soluzioni nè ha azione sul monurato.

Questa prova sperimentale dell'azione distruttrice dell'Emanazione di radio sull'acido urico è confermata mirabilmente dall'osservazione clinica sull'uomo. Difatti esaminando, relativamente all'acido urico, il siero del sangue di tre gottosi, il Gudzent trovò che dopo 4 settimane di cura (inalazioni di Emanazioni) in due malati l'acido urico da 10-12 milligrammi era scomparso totalmente, in un altro era ridotto a 6 milligrammi.

Ma l'Emanazione ha una azione distruttrice non solo sull'acido urico circolante nel sangue, ma anche su quello depositato nei tessuti.

Il Fofanow constatò su conigli a cui aveva prodotto dei tofi artificiali (iniettando monurato di soda sotto la cute dell'orecchio) la scomparsa di essi dopo aver sottoposto gli animali all'azione della Emanazione. Lowenthal confermò clinicamente anche questo fatto osservando che i tofi di due suoi malati trattati con le Emanazioni erano diminuiti.

L'His però a questo riguardo aveva fin da molti anni emessa la ipotesi che la eliminazione dei depositi di acido urico dovesse attribuirsi alla fagocitosi. Difatti il Freudwiller aveva sperimentalmente confermato ciò.

Egli iniettando sotto la pelle di un coniglio monurato di soda ebbe subito forte reazione leucocitaria, infiammazione violenta, più tardi necrosi dei tessuti, e dopo dieci o dodici giorni scomparsa dell'acido urico inglobato dai leucociti.

Invece nei conigli sottoposti all'azione della Emanazione (come fece il Fofanow) le cose andarono diversamente: i sintomi infiammatori furono assai scarsi; la reazione leucocitaria mancò quasi del tutto o per lo meno fu debolissima; solo la necrosi dei tessuti fu più viva ed estesa. Ma gli urati iniettati sotto la pelle si sciolsero ugualmente pure mancando il fenomeno della fagocitosi.

E questo veniva a dimostrare che la scomparsa dei tofi sia naturali che artificiali è dovuta non

solamente ai leucociti, ma principalmente e in grandissima parte all'effetto specifico della emanazione di radio.

IN CHE MODO L'E. AGISCE SULL'ORGANISMO.

Abbiamo detto che l'Emanazione è un gaz e secondo l'His, il Gudzent e il Lowenthal esso si comporta rispetto al nostro organismo come un gaz indifferente.

Esso non passa attraverso la cute nè vi è eliminato; è assorbito solo dalla mucosa respiratoria e da quella del tubo digerente: abbandona l'organismo dopo pochi minuti con l'aria espirata; pochissima quantità viene eliminata per la via renale.

Pervenuta nel sangue la Emanazione viene trasportata col torrente circolatorio a contatto dei tessuti dove possono svilupparsi i suoi prodotti di disintegrazione.

Perchè si abbiano gli effetti dobbiamo trovare il modo non solo di introdurre nell'organismo la Emanazione, ma di farvela rimanere più a lungo possibile.

Il modo può essere vario: così noi possiamo usare la Emanazione sotto forma di bibita (acque radio-attive o naturali oppure radioattivate artificialmente).

Certo questo è un mezzo buonissimo ed efficace, come vediamo anche in pratica, adoperando le acque minerali naturali ricche di Emanazioni.

Però la Emanazione assorbita dalla mucosa intestinale e portata in circolo, viene rapidamente eliminata dall'organismo con la respirazione.

Quindi l'azione sarebbe fugace se non si bevesse ripetute volte durante il giorno quest'acqua per saturare l'organismo di sufficienti quantità di Emanazione.

Un altro mezzo è il bagno.

Questa è stata la prima maniera di adoperare la Emanazione. Di fatti fin dal 1905 il Dautwitz aggiungeva ai bagni di acque naturali dei residui dei minerali da cui si estraeva il radio; aggiungeva cioè della pecblenda o della polvere d'uranio, rendendo in tal modo artificialmente radioattive le acque.

Ma quando si scoprirono altre sostanze radioattive con i loro prodotti di decomposizione, si abbandonò il metodo del Dautwitz.

Perchè il bagno radioattivo sia efficace occorre rimanere più a lungo possibile nel camerino, il quale deve essere piccolo e ben chiuso. Inoltre è necessario che l'acqua del bagno sia prima bene agitata ed il paziente durante il bagno rimanga più fermo possibile. Come si vede si riduce anzichè ad un bagno ad una vera e propria inalazione. L'azione si avrebbe soltanto perchè l'Emanazione diffondendosi dall'acqua tiepida nell'aria ambiente, viene assorbita dalle vie respiratorie del paziente.

Un altro metodo di introdurre nell'organismo l'Emanazione è quello delle iniezioni che vengono fatte con delle soluzioni sterili di piccole quantità di sali di radio (sali solubili e sali insolubili). Le iniezioni possono essere fatte o intramuscolari o endovenose alla Baccelli.

Ci sarebbero poi anche i fanghi e le compresse radioattive; ma si comprende come partendo dal concetto che la Emanazione non penetra attraverso la pelle, la sua azione sarebbe limitatissima

Quindi i metodi di introdurre in maniera razionale la Emanazione nell'organismo, sarebbero le iniezioni e le bibite. L'inalazione non fornisce che una quantità infinitesimale omeopatica di Emanazione! È la *réclame* all'emanatorium...

Nelle vene si iniettano milioni di unità Mache; l'aria può contenerne non più di 4 per litro. Ma il metodo più efficace è dato solo dalla inalazione in ambienti speciali e con apparecchi speciali detti Emanatori.

In questo modo noi portiamo nella migliore e più comoda maniera la Emanazione a contatto con le cellule dell'organismo e lasciamo soggiornarvele a lungo, determinando un vero stato di saturazione dei tessuti; poichè fra l'Emanazione contenuta nell'atmosfera in cui si trova il malato ed il sangue del malato stesso, si stabilisce un equilibrio che dura per tutto il tempo che il malato si trova nell'ambiente carico di Emanazione. Certo questo metodo non è neanche paragonabile agli altri poichè, come abbiamo visto, in qualunque modo introdotta la Emanazione rapidamente lascia l'organismo per la via respiratoria.

Per rendere pratico questo modo di somministrare la Emanazione sono stati costruiti secondo le indicazioni del Lowenthal e del Gudzent degli apparecchi detti Emanatori.

Essi consistono in una serie di tubi disposti a corona nei quali tubi si trova una soluzione di radio.

L'Emanazione che si sviluppa dopo un certo tempo (che può variare da 34 ore ad 1 settimana, secondo i vari tipi di apparecchi) si de-

posita alla superficie del liquido ed essendo un gaz più pesante dell'aria, per essere sparso nel-l'ambiente occorre che sia trasportata da una corrente d'aria o meglio di ossigeno.

Gli ambienti in cui agiscono detti apparecchi devono essere ermeticamente chiusi, con pareti verniciate e con doppia porta per evitare le eventuali perdite di gas. La cubatura deve essere anche misurata esattamente per poter titolare la soluzione di radio ed avere così una misura della quantità di Emanazione che si sviluppa e quindi che si fa inalare al paziente.

L'aria della stanza di inalazione è resa respirabile sia per l'ossigeno che viene immesso e calcolato secondo il numero delle persone che si trovano nell'Emanatorio, sia perchè l'acido carbonico ed il vapor acqueo prodotto dalla respirazione viene assorbito dalla calce anidra che si trova in apposito recipiente nell'apparecchio stesso.

Per ottenere degli effetti il malato deve trattenersi 2 ore al giorno in questa atmosfera contenente da 2 a 4 unità « Mache » al litro.

Per il dosaggio in Germania si usa calcolare in unità di Volts e di Mache.

L'unità di Volta è la caduta di tensione nel-l'elettroscopio di 1 Volt all'ora e per 1 litro di acqua radiogene. 100 unità di Volt corrispondono a 0.85 unità Mache.

Per i bagni la dose impiegata è da 1300 a 5000 unità Mache per litro d'acqua.

Per le bibite 10,000 unità Mache.

Per le iniezioni da 1000 a 4600 unità Mache per dose, secondo la sensibilità del paziente e la gravità della malattia.

Per le inalazioni il minimo di quantità di Emanazione sviluppata deve essere di 200 unità di Volts (1.72 unità Mache) per ogni litro di aria. Non tutti gli autori sono però d'accordo sul quantitativo delle dosi.

Il Falta ed il Freund (*Münch. Med. Woch.* 1912, n. 14) adoperano per esempio dosi elevate da 220 a 1200 unità per litro) senza notare mai fenomeni di grave perturbamento. Solo in qualche soggetto nervoso ebbero qualche disturbo passeggiero.

Però non è prudente adoperare così ad alte dosi le Emanazioni poichè le dosi minime attive sono individualmente variabili e l'azione dannosa della Emanazione è data non solo dai raggi α ma anche dai raggi β.

(*Continua*)

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Forme cliniche della meningite tubercolare.

(F. MASSELOT. *Gaz. des Hôp.*, 8 giugno 1912).

La meningite tubercolare si manifesta in forme cliniche svariatissime, le quali secondo l'A. si possono raggruppare in tre grandi tipi:

a) *la meningite Tbc. della seconda infanzia;*

b) *la meningite Tbc. del lattante;*

c) *la meningite Tbc. dell'adulto.*

La meningite tubercolare della seconda infanzia. — È la forma più tipica e più banale dell'affezione in discorso. In essa si possono distinguere un periodo prodromico (costante per Trousseau), un periodo di eccitazione funzionale, un periodo intervallare di calma, un periodo depressivo terminale. Si tratta il più delle volte di un bambino sui cui precedenti si ritrova spesso un episodio morboso (intervento chirurgico su di un focolaio tubercolare, traumatismo, infezione) che sembra essere la causa occasionale della malattia in atto. Questo fanciullo diventa ad un tratto triste, apatico, si isola volentieri, rifugge dalle carezze dei parenti. In altri casi si addimostra invece esageratamente emotivo, di una espansività morbosa, oppure molto irascibile. Non di rado presenta un dimagramento progressivo, dorme poco e male, ha il sonno interrotto da *cauchemars* e va soggetto a lievi elevazioni della temperatura in ispecie dopo sforzi muscolari. Si noterà talora un pallore pronunciatissimo del volto, dell'astenia e della tachicardia che sono sintomi molto probativi per la diagnosi di un'incipiente bacillosi.

Dopo un certo elasso di tempo, che va da 15 giorni a tre mesi, si manifestano dei sintomi che non lasciano più adito a dubbio sulla natura del processo morboso. Così il piccolo paziente comincia a soffrire di intensa cefalea continua a carattere gravativo, a vomitare senza sforzo alimenti e bile, e presentare stitichezza ostinata e ribelle a qualsivoglia sussidio terapeutico. L'aspetto del malato è abbastanza caratteristico. Egli giace in posizione di *cane di fucile*, col dorso rivolto alla luce, soffre ad ogni minimo rumore e ad ogni mo-

vimento; se ne sta immobile, non si presta docilmente all'esame del medico: purtuttavia talora è agitato da un lieve delirio. La temperatura oscilla poi a 38° e 39°. Il polso è frequente (100-120) non ancora regolare, la respirazione è accelerata. Vi è rigidità di nuca, contrattura delle pareti addominali, segno di Kernig in un terzo dei casi. Talvolta si notano una paralisi localizzata o delle scosse convulsive. I riflessi sono vivi e si può provocare il riflesso controlaterale di Brudynski. Il riflesso plantare spesso si manifesta in estensione. Si può riscontrare inoltre strabismo, anisocoria, talora le pupille si dilatano quando la testa è in iperestensione e si restringono quando la testa è in iperflessione (Squires) oppure si nota miosi durante l'espirazione e midriasi durante l'inspirazione. Il riflesso alla luce è torpido.

La pupilla in qualche caso si mostra edematosa all'esame oftalmoscopico. Bouchut ha segnalato la presenza di tubercoli corodei, contingenza però eccezionale. La pressione esercitata sui globuli oculari desta dolore. Gli sfinteri in genere sono poco interessati, tuttavia qualche volta si ha ritensione di urina.

Così si va avanti sino all'8°-9° giorno, epoca in cui per lo più la febbre cade, il polso si rallenta (60) ed il malato pare che entri in una fase di miglioramento decisivo, ma è una calma apparente. Difatti ad un esame accurato si rileva che il soggetto è in istato di sonnolenza continua, apparisce inebetito, durante la notte emette delle grida inarticolate (grido idrocefalico) caratteristiche dell'attacco meningitico.

La temperatura è diminuita, ma è instabile, il polso è meno frequente, ma presenta delle intermittenze ed è instabile da momento a momento in riguardo al numero delle pulsazioni. La respirazione presenta delle pause e qualche leggiera irregolarità. La faccia del soggetto talora è pallida, talora è imporporata da fugaci rossori ed il fenomeno della *raie méningitique* è molto netto.

In capo a 5-7 giorni la temperatura risalisce a 40°-41°, il polso diventa frequentissimo, irregolare e vi è una marcata dissociazione fra polso e temperatura. La respirazione si fa irregolare, spesso si ha il tipo di Cheyne-Stokes. In questo periodo si riscontrano il più delle volte delle paralisi circoscritte sul dominio del facciale, dell'ipoglosso, a carico di un muscolo o di un gruppo muscolare, di un arto o di un'intera metà del corpo. I riflessi scompariscono, la abolizione del riflesso faringeo è un segno di molto triste significato. Infine il malato entra in coma ed in tale stato non tarda a verificarsi l'*obitus*. La durata della malattia è in media di tre settimane, non considerando ben inteso il periodo prodromico. Questo nelle sue linee generali il decorso tipico della meningite tubercolare della secondo infanzia, però vi sono dei casi in cui i vari fenomeni morbosi si susseguono in ordine diverso, dei casi in cui la durata della malattia è più lunga o più breve, dei casi infine in cui il tipo clinico si diversifica da quello descritto. Così un'emiplegia durevole, degli attacchi eclamptici possono essere i sintomi predominanti nel quadro morboso, oppure la febbre (forma ipertermica), il tremore, i movimenti coreo-atetoidi (forma coreo-atetoide) il delirio in forma di delirio allucinatorio e di delirio religioso.

Meningite tubercolare dei lattanti. — Abbenchè sia meno frequente di quella della seconda infanzia e degli adulti, tuttavia non è così rara come si credeva prima.

Di essa si possono distinguere quattro forme:

1° La *forma soporosa*, che è la più comune. Si inizia con una fase prodromica della durata di 8 a 15 giorni contrassegnata da un'inesplicabile dimagramento, da accelerazione del polso e spesso da vomito e da diarrea. Il sintomo predominante del periodo di stato è la sonnolenza per cui il bambino si addormenta con una grande facilità di un sonno calmo e profondo fino al punto di dormire continuamente ed in tal momento non reagisce più agli stimoli interni ed esterni. Così non si muove se lo si punge, non succhia più e bisogna nutrirlo col *gavage*, non urina spontaneamente, dimodochè non vive che di una vita vegetativa. Dal sopore al coma il passo è breve.

In tale forma la temperatura non presenta di solito elevazioni se non nel periodo iniziale, ed in quello terminale, oscillando nel periodo intermedio intorno ai 38°. Il polso è vibrante, instabile ed irregolare circa al numero delle pulsazioni. La respirazione presenta anche essa delle modificazioni; nel periodo di stato si osservano delle brevi fasi di apnea e talora dissociazione fra i movimenti toracici e quelli diaframmatici (Simon).

Nella meningite dei lattanti non si può parlare del tripode meningitico poichè la cefalea

non è constatabile, i vomiti sono passeggieri e la stipsi è sostituita dalla diarrea, la quale, talora moderata, talora profusa, spesso continua, si accompagna ad un lieve meteorismo addominale ed è ribelle ad ogni sussidio terapeutico.

La rigidità della nuca e la retrazione delle pareti addominali sono state spesso notate, ma per converso mancano di frequente il segno di Kernig e le convulsioni: in altri casi la rigidità della nuca manca e si riscontra invece una paresi dei muscoli del collo e degli arti. La fontanella anteriore può presentarsi *bombée* per effetto dell'ipertensione endocranica; la puntura lombare riesce molto utile quale sussidio diagnostico.

2° Nella *forma eclamptica* in seguito ad un periodo prodromico non contrassegnato da alcun fatto caratteristico si manifestano all'improvviso delle crisi convulsive. Se si esamina accuratamente il piccolo paziente si riscontra la tensione delle fontanelle e la rigidità della nuca. Si pensa allora ad una meningite, ma ancor qui la stipsi è sostituita dalla diarrea. In seguito all'attacco convulsivo il malato resta in stato semicomatoso, completamente anoressico e presenta una febbre moderata. Nel corso di questo semicoma possono manifestarsi degli attacchi convulsivi parziali o generali, delle paralisi e delle contratture muscolari. In capo a 24-72 ore il malato soccombe in convulsione.

3° La *forma emiplegica*. In un lattante di mesi 8-10 si manifesta una febbre modica ed una paralisi parziale o totale di una metà del corpo. Ben presto sopravvengono delle convulsioni e il malato soccombe in capo a 4-5 giorni.

4° La *forma idrocefalica* non è propriamente una vera forma clinica della meningite tubercolare dei lattanti, ma è caratterizzata dall'esagerazione di un sintoma, molto costante del resto nel decorso di questa malattia, dalla tensione delle fontanelle. La fontanella anteriore *bombée* come nell'idrocefalia può presentare anche delle pulsazioni isocrone a quelle del polso. Il reticolo venoso cranico assume uno sviluppo e si disegna nettamente sotto la pelle. Anche in questa forma di meningite il paziente finisce in stato comatoso.

Meningite tubercolare degli adulti. — Il decorso della meningite tubercolare negli adulti si diversifica assai da quello della meningite tubercolare delle prime epoche della vita. Di essa si può distinguere una forma *primitiva*, per lo meno in apparenza, ed una forma secondaria che insorge in tubercolosi in istato cachettico.

Si può descrivere una forma tipica di meningite tubercolare dell'adulto? « Essa è rara, afferma Jaccoud, io non oserei affermare che essa è la più rara, ma se mi riferisco alle mie personali osservazioni propenderei a crederlo ».

Adunque non cercheremo di descrivere una forma tipica di meningite tubercolare dell'adulto, ma ci contenteremo di raggruppare sotto questa denominazione alcuni tratti caratteristici che la differenziano dal tipo schematico della infanzia.

Spesso la meningite degli adulti si manifesta senza essere preceduta dai sintomi prodromici così evidenti, quali si è accostumati a rilevare nelle forme infantili, però talora esiste, ed Arnould ha descritto nella sua tesi tutta una serie di sintomi, che possono precedere la malattia di alcune settimane o di alcuni mesi. Eccezionalmente si tratta di sintomi motori (paralisi o paresi di un arto), il più delle volte si ha da fare con manifestazioni emotive e deliranti. Talora il primo sintomo ad esser rilevato è un indebolimento mentale inesplicabile, un' irritabilità estrema, una diminuzione dell'autocritica od anche della confusione mentale od una astasia sensoriale.

Frequentemente purtuttavia, la malattia esordisce colla cefalea, che è il primo segno della sindrome meningitica che si svolgerà in seguito. Si potrà rilevare nella sua completa integrità od appena accennata la sindrome meningitica descritta più sopra, le modificazioni del polso o della temperatura non presentano alcunchè di particolare, meritano invece qualche menzione i concomitanti disturbi nervosi.

Tra essi notiamo il delirio, le convulsioni sopratutto parziali, le paralisi invero poco frequenti, transitorie e senza sede fissa.

I disturbi sensitivi mancano o sono eminentemente variabili. Quelli fra essi a carico degli organi di senso (quali le paralisi oculari) e le paralisi dei nervi cranici sono più rare che nelle forme infantili, poichè la meningite degli adulti è meno spesso una meningite basilare. Per converso sono frequenti i disturbi della vescica e del retto.

Le meningite degli adulti dura in genere dai 10 ai 12 giorni.

Questo è lo schema, vediamo ora come si svolgono i fatti dal punto di vista clinico. Sotto questo aspetto noi possiamo distinguere:

a) *Delle forme evolutive.* — Non sempre la meningite degli adulti adduce l'*obitus* nel periodo di 10-12 giorni, ma talora abbiamo delle forme a remissione prolungata descritta da molto tempo da Wunderlich e Southez, in cui la malattia si manifesta a *poussées* caratterizzate da cefalea, vomito, da anoressia e da uno stato generale abbastanza allarmante.

Le *poussées* sono susseguite da remissioni e così via. Alla fine della seconda o terza crisi si manifestano tutti i sintomi della meningite che porta all' *obitus* in 3-5 giorni. La durata delle remissioni può essere considerevole ed arrivare sino ad alcune settimane o ad alcuni mesi.

La meningite tubercolare non è soltanto suscettibile di remissioni, ma anche — contingenza eccezionale invero — di guarigione. Rillet, Trousseau, Guersant avevano già riferito dei casi di guarigione di meningite tubercolare, diagnosticata clinicamente. Ma dopo il 1900 sono stati pubblicati 24 casi di meningite tubercolare, la cui natura era stata confermata dalla puntura lombare, con esito in guarigione. Queste rare meningiti curabili possono d' altronde guarire lasciando delle conseguenze, alcune immediate come paralisi dei muscoli dell'occhio, di un arto, della faccia, afasia, disturbi pupillari, disturbi del visus; altre tardive come arresto di sviluppo dell'intelligenza, emicrania, ecc.

Talora nell'autopsia di alcuni alienati, si riscontrano i relitti di una antica meningite. Ricordiamo a questo proposito i rapporti di causalità che alcuni vorrebbero esistessero fra meningiti attenuate e paralisi generali giovanili.

I casi di meningite curabile sono in rapporto con attacchi lievi od anatomicamente superficiali del processo infettivo, talora si tratta di meningite sierosa.

Forme sintomatiche. — In questa categoria dobbiamo menzionare:

a) la *forma fulminante* che può portare la morte in 12-24 ore;

b) le *forme deliranti* caratterizzate dalla preponderanza sintomatica del delirio e talora di allucinazioni sopratutto visive;

c) le *forme demenziali* che fanno credere che si tratti di casi di paralisi progressiva, di demenza, ma in cui dopo alcun tempo si manifestano, segni classici della meningite tubercolare;

d) la *forma tifoide* che si presenta coi sintomi di una febbre tifoide;

e) le *forme associate* in cui si ha l'associazione del b. di Koch col meningococco, caratterizzate dell' imponenza delle contratture, dalla rigidità generale del tronco e degli arti;

Forme secondo la localizzazione. — Ricordiamo in primo luogo la *meningite basilare*, che è la forma abituale nell'infanzia; la *meningite a placche* che può dar luogo sull'inizio a dei sintomi di diffusione di compressione del cervello che possono ingenerare il dubbio di un tumore cerebrale; la *forma cerebro-spinale*, nella quale i sintomi spinali che ordinariamente mancano o sono poco marcati, occupano un posto preponderante.

Noi abbiamo studiato finora la meningite primitiva o per lo meno la forma che sembra primitiva. Tutt'altro aspetto assume il quadro clinico quando la meningite si manifesta in un cachettico, specialmente in un tubercoloso al terzo stadio.

Questa forma secondaria può essere denominata anche *forma latente*. Allorchè sopravviene in un tubercoloso polmonare l'ammalato comincia col tossir meno e sopratutto coll' espettorare meno. Egli diventa stitico, e quando la stipsi sopravviene in un tubercoloso che aveva sin allora presentato diarrea, acquista un valore significativo di primo ordine.

Nel periodo di stato non si trovano abitualmente i sintomi meningitici caratteristici, il più delle volte il malato accusa un po' di stanchezza, presenta sonnolenza, vomito e muore in breve tempo.

A questa forma si avvicina molto la meningite dei vecchi.

In organismi logorati dall' età la sensibilità è ottusa, le reazioni morbose sono anomale e spesso un vecchio muore di meningite tubercolare senza aver presentati altri fenomeni all'infuori di una improvvisa ed inesplicabile sonnolenza.

Tr.

Pubblicheremo prossimamente:

Brunetti: Le cisti e i neoplasmi del mesentere.

Bilancioni: Sull'esistenza di una forma di cefalea di origine tiroidea.

CHIRURGIA.

La gangrena nelle operazioni sul retto: sue cause e sua profilassi.

(A. CHALIER. *Progrès Médical*, n. 30 del 1912).

Le complicazioni gangrenose consecutive all'ablazione del retto specialmente per neoplasmi hanno attirato da lungo tempo l'attenzione dei chirurgi. Esse possono interessare il retto stesso o i bordi della ferita e le regioni perineale, sacrale, glutee, trocanteriche. Ordinariamente nelle operazioni le più frequenti, come le amputazioni del retto alla Lisfranc, si osserva solamente una piccola necrosi limitata alla ferita perineale o all'estremità del segmento intestinale stirato e fissato al perineo. Vi sono però altre necrosi che per estensione e per sintomi hanno una eccezionale gravità. Queste sono state considerate per lungo tempo come conseguenza delle operazioni per via sacrale. Morestin a tal proposito distingueva tre categorie di gangrene post-operatorie: gangrene da ischemia, gangrene di origine settica, e gangrene di origine nervosa. Di queste ultime oggidì non v'ha più autore che ne parli, specialmente dopo l'abbandono sempre più spiccato del metodo sacrale. Le gangrene di origine settica sono notevolmente diminuite di frequenza con il perfezionamento della tecnica della asepsi, e l'applicazione delle cure pre- e postoperatorie. Di modo che le gangrene rettali operate oggidì sono, nella maggioranza dei casi, di natura ischemica.

Volendo studiare il meccanismo di questa gangrena da ischemia si deve subito escludere che essa dipenda da uno stiramento eccessivo dello intestino abbassato, e dell'arteria mesenterica inferiore che lo irrora: il più spesso occorre incriminare la legatura del peduncolo emorroidale superiore, e la sede di detta legatura. La porzione alta del retto ed il segmento retto-sigmoideo sono irrorate dall'arteria mesenterica inferiore, la quale a qualche centimetro appena dalla sua origine, dà l'arteria colica superiore sinistra. Quindi dà un secondo ramo, il quale si divide in 3-4 branche la prima delle quali dirigendosi verso l'alto si anastomizza col ramo discendente della colica superiore sinistra, e dà ancora un ramo discendente che si anastomizza con l'altra (la seconda) branca, formando l'arteria colica inferiore sinistra. Le altre branche, due o tre, sono destinate al sigma colico (arterie sigmoidee), a cui si distribuiscono in arcate analoghe a quelle del colon discendente benchè meno estese. Infine l'arteria mesenterica inferiore dà l'arteria emorroidaria superiore, che passa nel meso-sigma come una corda al davanti del promontorio e lascia questo meso al suo estremo limite verso la 3ª vertebra sacrale, per penetrare nella guaina del retto, e dividersi nelle branche terminali, una destra ed una sinistra. Vi ha, verso il basso del colon discendente o pelvico, *un'ansa che unisce la ultima branca sigmoidea con l'emorroidaria superiore.* Questa « *anastomosi arteriosa sigmoido-rettale* », studiata e conosciuta dopo i lavori di Südeck, Hartmann, Dieterichs, Rübesch, Hopkins, Davis, e che risiede ad un centimetro e mezzo al disotto del promontorio, costituisce il *punto critico di Südeck*; la sua distanza dall'ano varia tra 13 e 20 centimetri. Per i lavori di Südeck dopo legatura dell'arteria emorroidaria superiore *al di sotto* del punto critico si osserva talvolta l'iniezione dei vasi del retto, ma il più spesso l'iniezione di un miscuglio di olio e di minio non passa nelle arterie rettali; se è fatta la legatura *al di sopra*, tutte le arterie rettali si riempiono rapidamente del miscuglio suddetto: dunque « la legatura alta dell'arteria emorroidaria superiore non può portare sul vivo alcun disturbo importante nella nutrizione del retto ».

Alle medesime conclusioni vengono Hartmann e Dieterichs, Davis, Hopkins, Rübesch. Vi ha tutta una serie di fatti clinici e di dati anatomo-fisiologici che spiegano dunque, il meccanismo della gangrena ischemica: essa risulta dalla soppressione di funzione dell'arcata arteriosa retto-sigmoidea colla legatura sottostante della emorroidaria superiore, il che spiega la frequenza sua nelle alte resezioni del retto, mentre è eccezionale nelle ablazioni estesissime per via bassa di 20 ed anche 30 centimetri.

Nelle amputazioni circolari alla Lisfranc, che vanno fino ad 8-10 centimetri sopra l'ano, pur venendo legata l'emorroidaria superiore, non si verifica la gangrena perchè le arterie emorroidarie medie assicurano la nutrizione dell'ultima porzione del retto per 5-10 centimetri di altezza. Quindi un'amputazione di 5-10 centimetri non interesserà il territorio dell'emorroidaria superiore, od in ogni caso non interesserà il suo tronco, nè le sue grosse branche di divisione, quindi si eviterà la gangrena. I dati operatori confermano i risultati dell'autopsia e dell'esperimento. Vi ha dunque una sola *zona dannosa*:

ed è quella compresa fra l'arcata arteriosa retto-sigmoidea in alto, e le branche terminali dell'emorroidaria superiore in basso.

Ad evitare sicuramente la gangrena da ischemia occorre procedere alla legatura alta dell'arteria emorroidaria superiore al di sopra della anastomosi sigmoido-rettale (Südeck, Hartmann, Rübesch e Davis). Previa breve laparotomia mediana sottombellicale in posizione declive, si esplorerà il mesosigma lungo il suo attacco parietale presso il promontorio e sulla linea mediana stessa; si riconoscerà facilmente l'arteria, la si scoprirà subito sopra il promontorio aprendo longitudinalmente con una sonda scanalata il meso, quindi si isolerà, e si taglierà fra due pinze e si legheranno isolatamente i due monconi perchè il sangue refluisce in abbondanza dal moncone inferiore. Ciò fatto, si potrà procedere all'amputazione o resezione intestinale per la via bassa, senza il minimo danno di gangrena. Questo metodo non ha nulla a che vedere con l'amputazione addomino–perineale dell'intestino terminale con ano iliaco sinistro definitivo (operazione di Quénu), metodo questo il più sicuro per evitare la gangrena poichè sopprime con la totalità del retto una buona parte dell'*S* iliaca, ed a *fortiori* la *zona dannosa*; tuttavia ad evitare la gangrena, prima di fare la resezione, si potrà mobilizzare l'*S* iliaca col processo di Duval, o meglio ancora mobilizzare il colon sinistro (Cavaillon, Moynihan).

Ad evitare la gangrena si può anche rimpiazzare il retto estirpato coll'*S* iliaca (Krogius), o con un'ansa del tenue (Vignolo). *L'ileo-colon-rettoplastica* di Vignolo si esegue nel seguente modo: si sceglie un'ansa del tenue situata poco al disopra dei 40 centimetri dall'angolo ileo-cecale, in cui il mesentere ha la sua massima altezza. Si separa detta ansa con il suo mesentere ed i suoi vasi nutritivi dal retto dell'intestino; si ristabilisce la continuità dell'intestino tenue con una enterorrafia circolare, suturando con qualche punto il mesentere tagliato. Si prepara quindi il moncone colico e rettale (la resezione sigmoidea, o sigmoido-rettale è stata previamente praticata) e si anastomizza ciascuno dei due monconi dell'ansa del tenue mobilizzata con il moncone corrispondente del grosso intestino. Risulta da siffatta esposizione che ad evitare la gangrena, una delle più gravi complicazioni post-operatorie e relativamente frequenti, vi sono varii processi, alcuni però ancora di utilità scarsa o difficili nella tecnica.

G. QUARTA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI SANSEVERINO-MARCHE.

Osservazione clinica sopra un caso di tumore del cervello

pel prof. FRANCESCO LAUREATI,
primario del reparto medico.

L'esposizione del caso clinico pubblicata nello scorso numero viene dall'A. illustrata con le seguenti considerazioni.

Il caso non era certo dei più semplici, vuoi per le lacune di necessità lasciate nell'anamnesi dall'essersi succedute, a varii intervalli, le visite praticate al paziente da parecchi medici, senza restare perciò agevole a noi di fornirci di elementi sufficienti a colmarle, vuoi anche per la sintomatologia nei primi tempi non netta e chiara, poi progressiva, a sbalzi e successivamente, nell'ultima fase, a focolaio. Credo pertanto non privo d'interesse rendere di pubblica ragione e riportare in succinto i fatti constatati con ripetuti esami e studiati insieme a distinti colleghi ed in base ai quali giunsi alla mia diagnosi clinica, che, ammessa, ebbi poi la fortuna di veder confermare, in loro presenza, dall'autopsia.

La sola irritazione corticale, poteva, per il suo fugace apparire, essere spiegata con l'*uremia;* ma si sarebbero poi dovuti metter da un canto gli altri elementi costitutivi del quadro morboso, mentre per giunta mancavano edemi e l'esame delle orine riusciva negativo.

Avremmo parimenti riscontrato effetti di semplice irritazione corticale se si fosse trattato di *neoformazione* a carico *del tavolato interno* delle ossa craniche od anche di *ematoma della dura madre,* affezioni in contrasto con l'anamnesi e con l'assenza di altri sintomi proprii di esse.

Esisteva qualche fenomeno morboso, che inclinava verso la diagnosi di *meningite cerebro-spinale acuta;* la febbre non elevata, a tipo irregolare, la cefalea, la rigidità della nuca e del dorso, il dolore alla pressione lungo le docce vertebrali, la retrazione dell'addome, il leggero stiramento in basso della commessura sinistra delle labbra potevano avvalorare il sospetto avesse la flogosi meningea invaso la fossa cerebrale posteriore e la porzione superiore del midollo cervicale, donde la sua dif-

fusione verso le parti più lontane dell'asse spinale e dei suoi involucri. Peraltro deponevano contro questa ipotesi l'integrità dei riflessi iridei e l'emianestesia, quasi mai rilevabile nella meningite cerebro-spinale; mentre erano mancati i brividi accessuali intensi, l'erpete labiale, l'iperestesia cutanea, il delirio, le lesioni dei nervi cranici. Nè gli effetti di tale malattia dovevano avere un decorso così lungo, apparivano troppo limitati e, se la concomitante emiparesi sinistra, con ipertonia degli arti superiore ed inferiore dello stesso lato, ove nei giorni successivi si notò aumento di questi ultimi sintomi, con insorgenza di tremore e di scosse tonico-cloniche, potevano deporre per l'estensione della flogosi meningea o dei suoi effetti alla sola corteccia cerebrale, in questo caso i fenomeni d'irritazione corticale avrebbero dovuto precedere quelli paretici; oltre a ciò i caratteri chimici e microscopici del liquido cerebro-spinale, estratto con la puntura lombare, toglievano di mezzo il dubbio.

Non esitammo ad escludere la *trombosi* delle arterie cerebrali per l'assenza di lesioni acute o croniche sia del miocardio, sia delle valvole mitralica e semilunari aortiche, come pure per il mancare dei caratteri proprii dell'ateromasia dell'aorta e delle arterie accessibili all'esame diretto.

E poichè non avevano preceduto gravi malattie esaurienti, alle quali consegue debolezza cardiaca, capace di agevolare la maggiore tendenza del sangue a formare coaguli, era da mettere fuori di discussione la *trombosi marantica*.

La *sifilide*, estremamente rara nella nostra provincia, lo provano le statistiche manicomiali e l'esperienza di autorevoli colleghi, veniva esclusa sia perchè negata dall'anamnesi, sia anche perchè il criterio *ex juvantibus et laedentibus* non autorizzava ad intrattenersi nell'idea di un'endoarterite luetica e di successiva trombosi cerebrale, in cui, pur osservandosi l'insulto apoplettico, non si manifestano il vomito, il rallentamento del polso, l'offuscarsi progressivo e duraturo della psiche. Questa flogosi cronica, estrinsecantesi inoltre con produzioni iperplastiche e gommose (sifiloma), si origina quasi sempre dalle meningi, tende ad allargarsi in superficie, con assoluta rarità interessa i gangli centrali, ove assume uno sviluppo irregolare, a periodi.

Nessun dato positivo permetteva di formulare la diagnosi di *processo tubercolare*, tanto per la deficienza di notizie anamnestiche relative a questo, quanto per essere riuscito negativo l'esame accurato degli organi (pleura, polmone, peritoneo, intestino, epididimo, ecc.), più facilmente attaccabili dal bacillo di Koch. La tubercolosi in atto o latente è capace di determinare, per lo più nell'infanzia e nella adolescenza, la meningite basilare; ma la sintomatologia è ben diversa da quella, cui eravamo di fronte; infatti se il vomito, la forte cefalea, l'annebbiamento del sensorio, le tendenza al sonno, l'agitazione muscolare, la rigidità della nuca e del dorso, le scosse convulsive, la febbre irregolare, il polso tardo dapprima, poi frequente potevano ingenerare qualche dubbio, questo cadeva di fronte alla assenza di aritmia nelle pulsazioni, d'iperestesia cutanea e muscolare, di lesioni a carico dei nervi craniensi. Per giunta il reperto negativo della coroide ed il risultato dell'esame citologico del liquido cefalo-rachidiano (qualche linfocito, nessun germe) ne allontanavano il sospetto: sebbene nel nostro caso i caratteri chimici ne fossero poco dissimili e si fosse formato un reticolo analogo a quello, che si suole ottenere in tale localizzazione del bacillo di Koch. Il tubercolo solitario, egualmente più comune nell'età giovane, ha sede ordinaria nel ponte, nel cervelletto, nella corteccia cerebrale, con sintomatologia perciò diversa da quella presentata dal nostro malato, in cui non si ebbe la conferma, come per le altre manifestazioni della flogosi tubercolare, nella cutireazione di von Pirquet.

Non altrettanto recisi eravamo a scartare le *cisti*, cisticerco od echinococco, derivante questa ultima dai cani, per i quali il soggetto aveva nutrito speciale predilezione. Nel cervello, ove gli embrioni arrivano per la via sanguigna, lo sviluppo di una cisti unica avrebbe potuto determinare, per la sua ubicazione, tutti i sintomi proprii d'un tumore di qualsiasi altra natura, posto nella stessa sede: ma il solo dato anamnestico non costituiva di certo una base solida di appoggio all'echinococco, nè sarebbe stato giustificabile l'insistervi a lungo.

Tra le altre diagnosi di maggiore probabilità rimaneva ancora a discutere quella di *ascesso cerebrale*.

Il paziente negava di aver riportato traumi

semplici o complicati a lesioni di continuità nelle parti molli del capo o nelle ossa craniensi, di aver sofferto affezioni dell'orecchio medio; in nessuna parte del corpo presentava tracce di processi settici o suppurativi acuti o cronici, nè poco innanzi eransi verificate infezioni generali (erisipela, influenza, polmonite, tifo, ecc.). Il decorso della malattia e la curva termica, considerata sotto il punto di vista della sua poca regolarità, non ci fornivano indizi di valore assoluto e sufficienti per escludere o meno questa flogosi acuta, atta di per sè stessa a provocare sintomi di focolaio, di fronte ai quali non sarebbe stato agevole orientarsi, se, oltre l'anamnesi, non ci avesse soccorso la mancanza di brividi, di rallentamento permanente del polso, di turbe gastriche e di leucocitosi, sempre compagna allo stabilirsi di raccolte purulente; ed anche i fenomeni d'eccitazione precedevano di parecchi giorni quelli paretici, al contrario appunto di quanto suole accadere negli ascessi, nei quali, secondo il Durante (*Trattato di patologia e terapia chirurgica*, vol. III, Roma, Soc. ed. Dante Alighieri), questi sono precoci e possono manifestarsi contemporaneamente, spesso dissociati, sempre più precisi, più completi e più circoscritti che nei tumori.

Emanavano dunque dall'anamnesi e da alcuni tra i segni clinici principali dei criteri certi e sicuri nel deporre contro la diagnosi di ascesso, per indirizzare invece verso quella di *tumore maligno*, cui erano di sostegno l'età del soggetto, il decorso subdolo delle prime manifestazioni morbose, svoltesi in seguito con rapidità progressiva. Avevamo rilevato decadimento notevole della nutrizione, stato anemico, cefalea persistente e localizzata, sin dall'insorgere delle avvisaglie iniziali del male, nella metà destra del cranio, laddove l'infermo portava la mano o dietro invito a precisare la sede del dolore o spontaneamente, quasi a sollievo delle sue sofferenze, quando era incosciente. La spossatezza generale, il torpore psichico, comuni ai tumori cerebrali, si erano stabiliti precocemente e di poi sopraggiungevano disordini nell' andatura, rigidità della nuca, opistotono, sintoma non raro nelle neoplasie dell'encefalo, nelle quali sono pure frequenti gli accessi convulsivi tonico-clonici, da noi presenziati nell'ultimo stadio della malattia. Inoltre il rallentamento transitorio del polso, il vomito, le vertigini costituivano i sintomi generali alla dipendenza di un tumore endocranico, che, raggiunto un certo sviluppo, finiva per determinare, nella fase preagonica, evidenti disturbi del ritmo respiratorio. Non di rado fatti reattivi si stabiliscono nei dintorni della massa eterologa od in seno ad essa e questi effettivamente potevano bene spiegare le elevazioni termiche, osservate durante la degenza in ospedale. L'aumento del liquido cerebro-spinale, valutato con la rachidocentesi e già conosciuto nei suoi caratteri chimici e microscopici, era da riferire a compressione delle vene confluenti dai plessi coroidei nel seno retto. A noi mancava il reperto della papilla da stasi: ma è noto possa talora essere negativo; lo afferma l'Oppenheim col riferire di averlo constatato nell'80-90 % dei tumori del cervello; sarebbe invece costante, secondo il Gowers, in quelli del cervelletto.

L'insieme dei dati suesposti tendeva pertanto ad avvalorare maggiormente la diagnosi di tumore cerebrale, che, per la rapidità dell'evoluzione, era più verosimile pensare fosse di natura glio-sarcomatosa, forma la meno rara tra le neoformazioni maligne dell'encefalo; è in effetti risaputo trovarvisi il carcinoma quasi sempre metastatico a quello della glandola mammaria, dello stomaco, della pleura, ecc.

Quale la sede del neoplasma? Emerge chiara da questa domanda la necessità di ricercare, analizzare e valutare i sintomi a focolaio, già in parte accennati, ricordando ancora una volta non avessero questi subito spiccato tanto da condurre diritti a localizzare l'affezione cerebrale, ritenuta, per i caratteri differenziali da altri processi patologici endocranici, di natura sarcomatosa.

Un primo criterio ci poteva venir fornito dalla *cefalea*, a cui, quando è circoscritta, il Pérol (*La cefalea nei tumori dell'encefalo*, in *Policlinico*, sez. prat., anno XV, pag. 987) annette il valore di un segno di localizzazione, se la pressione e la percussione risvegliano più vivo il dolore; peraltro da sola d'ordinario è insufficiente, secondo l'autore, ed altri elementi sono indispensabili per confermare la diagnosi topografica. Nel nostro caso la cefalea, prevalentemente frontale, veniva sostituita talora od aggravata da accessi di emicrania a destra: il malato ne esprimeva il carattere di continuità, accusandola pure nell' incoscienza col

passare spesso la mano sulla regione frontale di quel lato. Il dolore deponeva solo per il permanere di una affezione cerebrale profonda, che lo determinava ed anche per la parte da questa interessata, senza offrire alcun altro segno certo d'indirizzo diagnostico, nè trovava alcun complemento nella *percussione cranica*, la quale, esacerbandolo in qualsiasi punto venisse praticata, rispondeva con tonalità più ottusa nella regione temporo-parietale destra, reperto importante unicamente per costituire un indice appena approssimativo di sede, senza valere a far localizzare con precisione il neoplasma. La risuonanza di pentola fessa, ottenuta nella regione omologa sinistra, originantesi, secondo l'opinione di vari ricercatori, dal distacco delle suture per aumentata pressione endocranica, non rappresentava per noi un dato di alcun valore; ciò è stato anche da altri riconosciuto e trovava la controprova a quella spiegazione nella necroscopia.

Nessun sussidio alle nostre indagini avremmo potuto attenderci dalla *radioscopia* poichè, sostiene il Maragliano (*Contributo alla chirurgia cerebrale*, in *Policlinico*, sez. prat., anno XIV, pag. 1411), non la si può annoverare tra i metodi diagnostici dei tumori encefalici.

Quantunque esistesse paresi della metà sinistra del corpo e gli arti di questo lato fossero in istato di contrattura spastica, resasi negli ultimi giorni permanente e si manifestasse un solo accenno a fenomeni convulsivi, simili ad un attacco epilettico, non si aveva tuttavia ragione di indovare il tumore nella *zona motrice*, portando piuttosto tali sintomi, non unici nè dominanti la scena, a supporre, con la loro comparsa tardiva (nove giorni avanti il decesso), avesse la regione rolandica subìto, in via secondaria, irritazione da parte di un processo più lontano, il quale in seguito, per il suo progressivo incremento, avrebbe quivi fatto risentire gli effetti della compressione.

Riconosciuta l'assenza costante di disturbi della favella, neppure lontanamente era da supporre che il neoplasma interessasse il *lobo frontale* e, non essendosi riscontrate sordità verbale nè alcuna alterazione a carico dei sensi del gusto nè dell'odorato, veniva messo fuori di ogni discussione il *lobo temporale* e nessun elemento positivo valeva a fermare il pensiero sulla localizzazione nel *lobo parietale*; la mancanza poi di disturbi visivi e di emianopsia escludeva il *lobo occipitale*.

I movimenti atassici degli arti, l'impossibilità alla stazione eretta ed alla deambulazione avrebbero potuto condurre ad ammettere anche un tumore delle *eminenze quadrigemine*; tali sintomi però non erano accompagnati da quelli più caratteristici di questa localizzazione, cioè da paralisi bilaterale dei muscoli destinati ai movimenti dei bulbi oculari, da paralisi bilaterale dei muscoli oculari omonimi e da quella pupillare.

Non costituiva di certo una difficoltà escludere, quale sede del neoplasma, la *base del cervello*, per l'assenza di lesioni a carico dei nervi craniensi.

Se la cefalea frontale, la vertigine, la rigidità dei muscoli della nuca e l'opistotono potevano mettersi in relazione con un *tumore del cervelletto*, vi si opponeva il non aver notato la persistenza del vomito, la papilla da stasi bilaterale, reperto pressochè costante e precoce nelle affezioni di questa regione e mancava il complesso sintomatico cerebellare magistralmente illustrato e riprodotto, con esperimenti nei cani e nelle scimmie, dal Luciani.

Rimaneva a vedere se, come più ragionevolmente era da ammettere, fossero passionate la *sezione posteriore della capsula interna di destra* e le parti ad essa vicine. Con tale localizzazione, meglio che con qualunque altra, erano spiegabili i sintomi a focolaio già visti e qui sotto riassunti brevemente. La paresi invero degli arti superiore ed inferiore sinistro si accompagnava a paresi dell'ipoglosso, dimostrata dalla deviazione della lingua verso il lato offeso, a paresi dei muscoli innervati dal ramo inferiore del facciale corrispondente, pur restandone indenni i muscoli sotto il dominio del ramo superiore, quelli della mandibola, del faringe e del laringe.

A tale paresi si associava contrattura degli stessi arti, stabilitasi tardivamente e da noi riferita, senza esitare, alla degenerazione delle vie motrici di conduzione, degenerazione di certo secondaria allo sviluppo della massa tumorale. La contrattura dell'arto superiore sinistro, rivelata dall'atteggiamento del braccio addossato al torace e dell'avambraccio in flessione ad angolo retto sull'omero e dalla maggiore resistenza opposta ai movimenti passivi,

appariva meno pronunciata nello stato di sopore, in cui era caduto l'infermo durante il pomeriggio del 28 luglio, e stava a significare irritazione delle vie piramidali. Non coesisteva, ed in questi casi d'ordinario avviene, il riflesso tricipitale, assente anche nel lato sano; rispondevano bensì esagerato il riflesso rotuleo e vivace il Babinsky. Oltre queste manifestazioni morbose tardive avevamo constatato disturbi della sensibilità, non soppressa, ma soltanto diminuita su tutta la metà sinistra del corpo, specialmente agli stimoli doloroso, termico ed elettrico, come segue appunto alle lesioni della branca posteriore della capsula interna.

L'assenza di turbe nell'articolazione della favella, nei movimenti masticatorî e della deglutizione induceva a supporre si fosse il *nucleo lenticolare* sottratto agli effetti, derivanti dalla presenza del tumore nelle sue vicinanze; non altrettanto però era da ritenere per il *talamo ottico*, in quanto l'agitazione attiva, disordinata degli arti, da noi osservata soltanto nei primi giorni di degenza nell'ospedale, deponeva per una irritazione del centro dei movimenti involontari, secondo molti autori, rappresentato precisamente dal talamo. Noi si era ben lontani dal riferire tali fenomeni motori fossero l'espressione sintomatica della *corea preemiplegica*, poichè, compiendosi in largo raggio, dimostravano di non avere relazione alcuna con i movimenti volontari o con impressioni emotive del paziente, nè offrivano il carattere di unilateralità, non essendo limitati agli arti paretici, bensì estesi anche a quelli sani.

Per la suesposta sindrome adunque, per la sua analisi e valutazione eravamo indotti a concludere dovesse il glio-sarcoma essere insito nella branca posteriore della capsula interna di destra ed avesse diffuso anche i suoi effetti irritativi, per vicinanza, al talamo ottico corrispondente. Convennero nel mio concetto diagnostico i colleghi consulenti e non tardammo ad averne insieme la conferma piena nell'esame anatomo-patologico.

Sanseverino-Marche, aprile 1912.

Pubblicheremo prossimamente:

PUGLISI-ALLEGRA: Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sull'anacloridria nelle affezioni epatiche.

CONFERENZE.

Patologia degli organi a secrezione interna.

Prof. PIO FOÀ. Conferenza al Congresso Italiano per il Progresso delle Scienze.

Il concetto di organismo ha subito ai nostri giorni un notevole cambiamento di fronte a quello dominante sotto l'influenza della Patologia cellulare di Virchow. Si era troppo esagerato per l'addietro l'indipendenza delle cellule, l'autonomia degli organi, e si era trascurata la reciproca influenza che le varie parti del corpo esercitano fra di loro. Anche si ritenne troppo esclusivamente che i grandi regolatori dell'attività degli organismi fossero solo i nervi e i vasi sanguigni, e si è affatto trascurato il grande compito che hanno le sostanze chimiche quali derivano dall'attività specifica dei vari organi. A queste sostanze, le quali agiscono a distanza dal luogo di produzione, e destano attività varie in gruppi cellulari, ossia in organi lontani, si è dato il nome di ormoni (sostanze stimolanti) e oggi l'ormonologia è uno dei capitoli più interessanti della fisiologia e della patologia contemporanea.

Poco ci è nota la composizione chimica; solo l'adrenalina ci è bene conosciuta e fu potuta riprodurre cristallizzata per sintesi. Gli ormoni non sono tossine e non sono sostanze medicamentose propriamente dette; per quanto a quelle si avvicinino, essi costituiscono un gruppo necessario di sostanze attive accanto a quello delle sostanze nutritive.

Si designano come produttrici di ormoni le ghiandole sanguigne che non versano all'esterno col mezzo di condotti le sostanze che producono (organi salivali, fegato per la bile, reni per l'orina, ecc.) ma diffondono nel sangue i loro prodotti (tiroidea, ipofisi, capsule surrenali, ecc.). Tuttavia oggi si può affermare che la produzione di ormoni è propria di tutti gli elementi vitali del corpo. Per quanto ai nostri giorni soltanto siasi introdotta la parola ormone e siasi svolto più intimamente il concetto dell'azione a distanza esercitata da alcuni prodotti chimici dell'organismo, pure la storia contemporanea segnala molte tappe nell'acquisto delle conoscenze. Nel 1849 Berthold aveva già dimostrato l'esistenza di ormoni nel testicolo, e nel 1885 Addison aveva già descritto una malattia derivata dalla privazione di una determinata sostanza che oggi sappiamo essere

l'adrenalina. Nel 1888 Kocher ha descritto la cachessia che sopraggiunge negli operati d'esportazione totale della tiroidea (gozzo) e verso il 1888 Minkowsky ha dimostrato sperimentalmente l'importanza del pancreas nella produzione del diabete. Nel 1889 Brown-Séquard pubblicava le sue celebri osservazioni sull'azione stimolante degli estratti di testicolo. Più tardi numerosi cospicui lavori fecero luce sullavita e funzione di organi fin allora rimasti enigmatici, come le capsule surrenali, le paratiroidi, l'ipofisi e l'epifisi. L'anatomia patologica aveva già svelato importanti anomalie e problematici rapporti. Essa aveva già sospettato la relazione fra pancreas e diabete, fra capsule surrenali e la malattia detta di Addison, fra il morbo di Basedow e la tiroide, fra il gigantismo e l'ipofisi, fra gli organi genitali e la ghiandola pineale, ma spettava all'insieme degli studi moderni clinici, anatomici e sperimentali, il gettare nuova luce sulla grande importanza degli organi accennati Nè questi si limitano ad agire eventualmente nella vita estrauterina, ma è dalle loro anomalie di funzione nella stessa vita endouterina che derivano importanti manifestazioni morbose. Così è del nanismo congenito proporzionato, del rapporto fra malattie della tiroide e sviluppo dello scheletro e dell'intelligenza; di quello fra capsule surrenali e lo sviluppo del cervello.

Tutte poi le ghiandole a secrezione interna possono concorrere a determinare anche certi caratteri di razza: ad esempio la statura minore dei popoli del sud è in rapporto colla precocità di sviluppo degli organi genitali i quali accelerano i processi di ossificazione specialmente negli arti inferiori.

Vi fu chi ammise l'ipotesi che dalle trasformazioni dell'attività degli organi endocrini e particolarmente dell'ipofisi sieno derivate le metamorfosi del cranio umano da quello di Neandertal sino all'uomo moderno.

È oggi assodata la necessità per la vita dell'esistenza di organi come la tiroide, l'ipofisi, le capsule surrenali, le paratiroidi, ecc. Alla tiroide è legata la conoscenza della grave e mortale cachessia tireopriva, e quella di morbo di Basedow, e quella del cretinismo. Alle paratiroidi è dovuta la produzione di tetania mortale quando sieno esportate. All'ipofisi si deve il gigantismo e l'acromegalia o il nanismo deformato dall'adiposità con atrofia degli organi genitali. Al timo sono dovute influenze sullo sviluppo dei genitali e delle ossa, e ingenera morbi letali in alcuni stati anormali di sviluppo. Al pancreas è dovuta la regozione della produzione di zucchero da parte del fegato, e quindi la produzione del diabete; alle capsule surrenali è pure dovuta una grande influenza sulla produzione dello zucchero, ma sopratutto nella preparazione dell'adrenalina con cui si mantiene l'integrità del tono vascolare e del cuore: alla ghiandola pineale è dovuta come al timo un'azione inibitoria sullo sviluppo degli organi genitali e dei caratteri sessuali secondari; agli organi genitali infine sono legati tutti i fenomeni della pubertà, dello sviluppo dell'uovo fecondato, dell'attività della mammella, e dello sviluppo fisico e psichico dell'organismo.

Lo studio dell'attività di tutti gli organi suddetti rivela che vi ha una complicata correlazione fra le singole ghiandole, delle quali alcune stimolano, altre paralizzano determinate funzioni, e difficilmente un organo principale è leso, che non lo sieno anche più o meno tutti gli altri.

Ciò rende più manifesto e più complicato il concetto di unità dell'organismo, e sulla via delle scoperte già fatte resta ancora molto da continuare, sia sulla natura chimica degli ormoni, sia sui metodi per dosarli, sia sul loro meccanismo d'azione. Resta inoltre affidato all'esperimento e più ancora a quelle forme precipue di sperimentazione sull'uomo che è lo studio minuzioso dei fatti clinici, la rivelazione di tutte le gradazioni di tutte le complicanze che derivano dalla funzione degli organi endocrini, studio nel quale possiamo dire di trovarci appena agli inizi.

Comunque, le conquiste fatte hanno contribuito ad allargare il nostro orizzonte biologico e a forzare la nostra mente a seguire una determinata direzione di pensiero, la quale non esisteva, solo pochi anni addietro.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 dicembre 1912

Presidenza del prof. E. Rossoni.

Dott. **F. Saraceni.** *L'arsiquinina nella malaria.* — Nella primavera decorsa l'O. ha avuto occasione di esperimentare nell'ospedale di S. Spirito su un numero abbastanza rilevante di malarici l'efficacia curativa dell'arsiquinina.

Gli ammalati tenuti in cura sono stati 24 dei quali 5 solo primitivi, tutti gli altri recidivi. Le forme estivo-autunnali sano state 9, quelle primaverili 7, delle quali 6 terzanarie ed una quartanaria.

Gli ammalati a reperto sanguigno negativo (e non meraviglia questo data la diffusione ognora crescente dell'uso della chinina) sono stati 10. Ha fatto quasi sempre uso della forma pillolare: da 6-8 pillole al giorno, contenendo ogni pillola 10 centigrammi di bicloridrato di chinina e 5 milligrammi di metilarseniato disodico.

Solo nei casi gravi ha praticato le iniezioni, per lo più due, con l'intervallo di due ore l'una dall'altra.

Ogni fialetta conteneva 1 cmc. di acqua sterilizzata, gr. 0.745 di cloridrato neutro di chinina e gr. 0.025 di metilarseniato di sodio.

Gli esperimenti fatti hanno chiaramente dimostrato la superiorità dell'arsiquinina Lemaitre a tutti gli altri preparati antimalarici. L'efficacia dell'arsiquinina è dovuta oltre che all'azione tonica e antiparassitaria del bicloridrato di chinina, di facile e pronto assorbimento, anche all'azione emopoietica e antiparassitaria del metilarseniato pure facilmente assorbibile e privo di qualsiasi potere tossico malgrado il forte contenuto d'arsenico.

L'azione antiparassitaria del preparato è chiaramente provata dalla rapida e pronta scomparsa dei parassiti nel sangue che avviene in meno di 48 ore dopo la somministrazione massima di 8-10 pillole.

L'efficacia emopoietica si rileva dall' aumento dell'emazie, dell'emoglobina, delle forme eritrocitiche giovani.

Il nuovo preparato si raccomanda quindi in tutte le forme malariche sia acute che croniche.

Alessandri. *Si può avere la guarigione della tubercolosi renale con mantenimento della funzione?* — L'O. espone le idee attuali sulla questione, che per la maggioranza degli AA. si riassumono nel non ammettere tale possibilità, ritenendo che nei casi riportati come guariti si tratti sempre di sequestrazione dell'organo per chiusura dell'uretere. Riferisce le conclusioni, cui su questo punto sono giunti Legueu et Chevassu, nella relazione al recente Congresso di Roma, i quali, dall'esame di tutti i casi noti, traggono conferma per queste idee, lasciandone dubbio uno solo, in cui alla cistoscopia si vide eliminazione di indaco carminio dai due lati.

L'O., accennate le ragioni d'indole generale, che stanno in favore della possibilità della guarigione, riporta due suoi casi. Il primo si riferisce ad un giovane con tubercolosi renale bilaterale, trattato colla nefrectomia da un lato e nefrotomia dall'altro e cura jodica, guarito da più di cinque anni.

Il secondo riguarda una donna, da lui operata cinque anni fa di resezione della vescica per tubercolosi, rimasta in buone condizioni fino al settembre ultimo: in quest'epoca per lievi sofferenze alla regione renale sinistra fu sottoposta a cistoscopia e cateterismo ureterale, che dette funzione buona e urine normali da ambo i lati. Praticata un'incisione lombare esplorativa si trovò il rene sinistro affetto da tubercolosi nel polo inferiore; ma, asportato, all'esame del pezzo, che l'O. presenta, si vide che il tratto di rene colpito era perfettamente sequestrato ed incapsulato, e avea perduto ogni comunicazione colla pelvi e coll'uretere, mentre il resto dell'organo, immune da lesione specifica, continuava a funzionare normalmente e versare le urine nella pelvi e nell'uretere perfettamente pervii.

Prof. **Campana**. Conseguente a quel che dissi nel Congresso internazionale sulla tubercolosi, nella Sezione nella quale erano presidenti il professor Alessandri ed altri professori, riaffermo il concetto che ci viene spontaneo dalle osservazioni comunicateci dal prof. Alessandri medesimo sulla possibile guarigione della tubercolosi renale e della attendibilità di questo esito coll'intervento chirurgico e in qualche caso senza di esso. Pur dichiarando che non potremmo sperare dei vantaggi dell'uso delle tubercoline, riscontrate utili in altre forme tubercolari, la quale tubercolina, la TA di R. Koch può essere adoperata utilmente, ma limitatissimamente a scopo diagnostico. I risultati lodevoli tanto con cure chirurgiche, anche senza di esse, in un caso riportato dal prof. Alessandri istesso, è segno di garanzia di potersi attendere il felice risultato in una proporzione incoraggiante contro un male che, isolato, dalla sepsi, è meno gravoso ed è capace di rimanere circoscritto senza alterazioni notevoli di organi nobili ed assai necessari alla vita nei quali è venuto a fermarsi.

BALDONI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza del 27 gennaio.

Dott. **A. Busi** (direttore dei Gabinetti di Röntgenologia dell'Ospedal Maggiore e della R. Clinica medica universitaria di Bologna). *Di un apparecchio (seriografo) e di un metodo semplice per ottenere parecchi radiogrammi consecutivi di un organo in movimento.* — L'O. premette un'esposizione storica e critica della così detta röntgencinematografia. Conclude affermando che nessuno degli apparecchi che vanno sotto il nome di röntgen-

cinematografi (per es. bioröntgenografo dell'ingegnere Rosenthal; röntgencinematografo del dottor Grödel) ha risolto completamente il problema.

La ragione di questo insuccesso è dipesa dalla impossibilità che si incontra di ottenere coi raggi X imagini rimpicciolite; dalla necessità perciò di usare lastre o pellicole di grande o medio formato, e dall'enorme difficoltà di eseguire i mutamenti di lastra colla dovuta rapidità (occorrono infatti almeno 16 nuove e successive impressioni, perchè, proiettando poi i negativi, si abbia la sensazione visiva di un'imagine continua e cangiante).

Gli ingegnosi e mirabili istrumenti accennati non possono servire tutt'al più che per fare in 15-20″ parecchi radiogrammi (12-24) di un organo in movimento, cioè per riprodurre solo 6 principali fasi dell'attività cinetica di questo (escluso il cuore, per il quale, a tutt'oggi, tali apparecchi sono ancora del tutto insufficienti). Essi dunque non acconsentono una vera e propria röntgencinematografia a mezzo di proiezione di negativi effettuati coi raggi X. Ma anche per ottenere il risultato modesto a cui effettivamente giungono si poteva ricorrere a mezzi più semplici ed economici.

Il Busi propone a questo scopo un nuovo metodo assai semplice e poco costoso.

Si tratta di una cassetta rettangolare di legno a tre parti, il fondo e i due lati massicci, rivestiti di una lamina di piombo di un millimetro di spessore. Il fondo è provvisto di un'apertura 40 × 40 centimetri. Questa cassetta viene posta per es. contro all'addome o al torace del paziente, il quale si trova in piedi, appoggiato allo schermo di legno del radioscopio verticale (tipo Kiemböck); per tal modo il soggetto viene racchiuso in una specie di manicotto, di cui la cassetta forma la faccia anteriore e i due lati e lo schermo di legno, al di dietro del quale si trova l'ampolla del Röntgen sostenuta dal radiolimitatore pensile (tipo Kiemböck), forma la faccia posteriore. La cassetta è facilmente spostabile in alto o in basso per la giusta messa a posto, ed è suscettibile di aumentare o diminuire a piacimento la sua profondità per addattarsi alle varie grossezze dei malati. Sull'esterno della sua apertura quadrata si può applicare lo schermo fluorescente per la radiografia e la messa in foco. Finalmente sulla sua faccia esterna si possono fissare dei diaframmi di zinco. La cassetta può anche collocarsi in qualsiasi *troxoscopio*, e montarsi anche sul *clinoscopio*.

I radiogrammi vengono eseguiti applicando e facendo scorrere a mano uno schermo di rinforzo (30 × 40 o 40 × 50 cm.), caricato con una lastra o con una pellicola, al davanti del diaframma della cassetta, il quale ultimo venne scelto in modo da corrispondere colla sua apertura ad 1/4 della superfice dell'intera lastra. Così, mutando quattro volte di posizione allo schermo di rinforzo, si possono eseguire quattro pose successive sulla stessa lastra, a dati intervalli (2-4 secondi per esempio), sensibilizzandone ogni volta un quarto dell'intera superficie.

Le pose possono essere scelte di qualsivoglia durata: questo dipende dalla potenza dell'apparecchio generatore dei raggi X (per es. 1/100 di 1″ coll'Unipuls; 1/4 di 1″ coll'Ideal; 1″ col Record). Volendo ottenere otto radiogrammi successivi non si hanno che da riunire con più giri di una fascia di garza due identici schermi di rinforzo (per es. 30 × 40 o 40 × 50 cm.), carichi, e in modo che le due facce sensibili si trovino all'esterno del sistema. Sensibilizzata al modo detto la prima faccia, si rovescia il sistema e si procede ad altre quattro pose successive sulla seconda.

Il metodo è identico così a malato in piedi, che coricato, qualunque ne sia il decubito. La cassetta è di facile costruzione e di pochissimo costo. Con questo apparecchio che il Busi propone di chiamare Seriografo, si possono ottenere da 4 ad 8 radiogrammi di un organo in movimento in 15-30 secondi.

Il Busi presenta ed illustra molti radiogrammi in serie della peristalsi esofagea, gastrica (metà infer. dello stomaco); dei movimenti del tenue; dei piccoli movimenti pendolari del colon; varie fasi dello svuotamento della vescica sana e malata così nell'uomo che nella donna; varie fasi del movimento del ginocchio dall'estensione completa alla massima flessione, e dell'anca dalla massima rotazione esterna alla massima rotazione interna.

Il Busi usa con soddisfazione questo metodo nel Gabinetto di R. dell'O. Maggiore di Bologna dal gennaio 1910. Spera che, data la sua grande semplicità, esso troverà larga applicazione in röntgenologia.

La comunicazione completa uscirà tra breve nel *Bollettino delle Scienze Mediche* di Bologna.

G. M. PICCININI.

Il fascicolo di gennaio 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sull' albuminuria lordotica.

Sono state compiute dal dott. A. Gasbarrini, assistente nell'Istituto di Patologia speciale Medica e di Clinica Medica Propedeutica della R. Università di Torino.

Dopo aver ordinatamente esposto le opinioni dei varî osservatori, nei riguardi del significato pronostico e fisio-patologico dell'*albuminuria lordotica*, l' A. riferisce le sue ricerche condotte su bambini ed adulti sani e nefritici, e sugli animali (conigli e cani).

Partendo dal concelto di Jehle che l' albuminuria negli ortostatici è dovuta alle modificazioni del circolo renale, indotte dalla lordosi della colonna lombare, durante la stazione eretta, l'A. ha studiato se fosse possibile ripetere il fenomeno dell'ortotonismo, ricorrendo a quei mezzi atti indubbiamente a modificare la circolazione renale (lordosi forzata, applicazione agli arti inferiori di fascie espulsive o di gambali metallici, in cui si comprimeva aria o si faceva il vuoto). L'A. ha trovato:

1. In bambini sani la lordosi forzata eretta dette quasi costantemente albuminuria, non così la lordosi orizzontale. In adulti, invece, la lordosi provocata, sia piana che eretta, non determinò albuminuria.

2. In nefritici (bambini ed adulti) posti in lordosi eretta, l'albuminuria si fece sempre più intensa.

3. La fasciatura espulsiva degli arti inferiori e l'applicazione di gambali metallici, in cui si comprimeva aria, non provocò albuminuria in soggetti sani, mentre questa accennò a diminuire in nefritici. La decompressione, invece, fatta a mezzo degli stessi gambali, dette nei sani albuminuria più o meno cospicua, a seconda del grado di ischemia renale provocata, ed aumento del tasso albuminico nei nefritici.

4. La lordosi lombare eretta, associata a modica fasciatura degli arti inferiori, provocò in bambini sani un' eliminazione di albumina più notevole di quanto si ebbe per semplice lordosi.

L'A. ha nelle singole esperienze studiato contemporaneamente le modificazioni del polso, respiro e pressione arteriosa nelle varie posizioni del corpo ed in rapporto all' albuminuria sperimentale. —

Riguardo alle ricerche sui conigli e sui cani l'A. conclude:

La lordosi forzata determinò costantemente albuminuria; questa fu lieve per lordosi orizzontale, mantenendo gli animali nel comune atteggiamento; più manifesta, penendoli in lordosi piana, ma con l'addome rivolto in alto; cospicua per lordosi eretta semplice ed associata a fasciatura delle estremità posteriori.

A. R.

CASUISTICA.

Psicosi della gravidanza e indicazione all'aborto artificiale.

Profonde modificazioni avvengono nell'organismo muliebre durante la gravidanza, che si ripercuotono inevitabilmente sul sistema nervoso. Riflessi dovuti alle modificazioni meccaniche da parte dell'utero, alterazioni del ricambio generale e della crasi sanguigna, fermenti tossici (presumibilmente prodotti placentari) conducono a danni più o meno apprezzabili non solo degli organi di difesa i quali si trovano già sul limite della loro resistenza fisiologica (rene, fegato), ma anche del cervello. Oltre a ciò momenti psichici speciali (preoccupazione, vergogna, timore del parto) si aggiungono ad influire sfavorevolmente sul sistema nervoso delle gestanti.

Disturbi nervosi leggeri in gravidanza sono frequentissimi: vomiti, cefalee, nevralgie, dolori lombari, crampi surali, capogiri, deliquî. Questi disturbi, salvo eccezioni, non assumono grande importanza e spesso cessano o spontaneamente o con semplice cura psichica.

Le alterazioni psichiche, delle quali specialmente s'interessa il Raecke (*Mediz. Klinik*, 36, 1912), presentano non di rado (1° gruppo) caratteri da far ritenere abbiano una genesi tossica, conforme alle psicosi sintomatiche nelle malattie di organi interni o nelle malattie infettive acute. Altre invece (2° gruppo) si verificano in organismi già predisposti a malattie psichiche sui quali la gravidanza produce lo squilibrio delle resistenze. In un terzo gruppo infine si tratta di complicazioni più casuali.

La frequenza delle psicosi gravidiche varia secondo gli autori dal 3 al 20 % delle malattie psichiche affliggenti il sesso femminile: per lo più si tratta di donne manifestamente psicopatiche, mentre l'età e la tara ereditaria non sembrano influire sensibilmente. Con pari frequenza si verificano tali psicosi in tutti i mesi della gravidanza. Spesso precedono suscettibilità, tendenza

a sofisticare, umor variabile, ma piuttosto triste; non sempre però a questi prodromi segue lo scoppio d'una psicosi.

Le malattie del *primo gruppo*, quelle cioè riferibili a processo tossico o infettivo, presentano la forma di delirî e specialmente di amenza talora associata a sintomi coreici, talora a sindrome di Korsakow (polinevrite della gravidanza). L'*amenza* o confusione allucinatoria s'inizia con disturbo della coscienza, perplessità, incoerenza nel corso delle idee, illusioni svariate dei sensi, emotività, variabilità d'umore. Sulle prime si hanno periodi di remissione, ma poi il disturbo psichico permane. Il Raecke vi distingue 4 stadî ed afferma che la prognosi è buona purchè non coesistano complicazioni (*chorea gravidarum*, eclampsia ecc.).

La *chorea gravidarum*, stretta parente della *chorea minor* della quale spesso si erano avute manifestazioni anteriori nella stessa paziente, è talvolta connessa con una endocardite o una poliartrite reumatica e si verifica per lo più nella prima metà della gravidanza. Può decorrere con estrema violenza (inizio febbrile, continuazione delle contrazioni anche nel sonno, decadimento organico grave, confusione mentale) ed ha una mortalità elevatissima (circa il 75 % secondo il Siemerling ed anche più secondo il Quensel).

L'*eclampsia* invece è più frequente nella seconda metà della gravidanza e soprattutto verso l'8°-9° mese. I disturbi psichici che seguono o si accompagnano ad essa rappresentano una vera amenza e perciò si può attenderne un esito favorevole, a prescindere dai pericoli dell'eclampsia in sè.

La *nevrite della gravidanza* somiglia all'alcoolica, il che confermerebbe la sua origine tossica, ed è piuttosto frequente: inizio delirante, parestesie, allucinazioni, illusioni, mutevolezza di umore. La prognosi è più riservata perchè facilmente ne residua una debolezza psichica e mentale permanente. La mortalità è valutata al 20 % (Hösslin).

In tutte queste psicosi gravidiche del 1° gruppo è evidente che la *terapia*, falliti i soliti mezzi di disintossicazione (derivazione intestinale, salasso, purganti, provocazione di sudore, ecc.) tenda alla rimozione della causa morbigena e cioè all'interruzione della gravidanza. Se questa si può facilmente concedere nell'eclampsia, non può dirsi altrettanto per la corea. In questa si tenteranno tutti i mezzi calmanti (bagni caldi, impacchi umidi, isopral, luminal, nutrizione accurata, magari con tazza a beccuccio e perfino la vecchia terapia arsenicale) e solo se gli spasmi muscolari persistono e crescono, l'adinamia progredisce e la vita sembra in pericolo, si può parlare di aborto artificiale: il quale poi nelle polinevriti gravidiche sarà ancor meno consigliabile — data anche la sua fallacia giacchè si son viste polinevriti scoppiare pochi giorni dopo una interruzione artificiale della gravidanza per vomiti incoercibili — e autorizzato nei soli casi di minaccia di cecità o partecipazione dei muscoli respiratorii e del vago.

Nel *secondo gruppo* delle psicosi gravidiche osserviamo il *delirio maniaco-depressivo* spesso a tipo melanconico con stato d'angoscia, idee di povertà, tocofobia, timore di incapacità all'allattamento, idee che secondo l'Alzheimer sono piuttosto la conseguenza che la causa dell'umor triste. L'aborto artificiale potrebbe quindi, invece di rimuovere la depressione, provocare nuove condizioni di rimorso; ed è opportuno invece trattare queste inferme come fuori del periodo di gravidanza, internandole in un istituto psichiatrico, sorvegliandole rigorosamente e sottoponendole a cura psichica. Il decorso è raramente superiore ad un semestre, ma nuovi attacchi possono presentarsi nel corso successivo della vita. È da evitarsi in tali casi ogni ulteriore gravidanza che rappresenta sempre nuovo stimolo e spinta ed alterazioni psichiche sempre maggiori: ed in ogni caso il Raecke ritiene sconsigliabile l'interruzione della gravidanza che non garantisce una guarigione, essendosi osservato lo scoppio di molte psicosi catatoniche proprio in puerperio.

Nel *terzo gruppo* finalmente i rapporti fra gravidanza e malattie psichiche sono anche più lassi. La *demenza paralitica* può comparire in gravidanza senza che per altro vi esista un nesso etiologico e non viene quasi influenzata dalla gravidanza e dal parto. Il fatto dell'occasionale manifestarsi di una paralisi in gravidanza esorta ad accurato esame neurologico in ogni caso di disturbi psichici o di accessi epilettiformi nelle gestanti, per non esporsi a sgradite sorprese. L'*epilessia genuina* raramente comparisce per la prima volta in gravidanza, raramente ne viene influenzata — sfavorevolmente o no — e tutt'al più si hanno accessi violenti di eccitazione o di confusione all'inizio del travaglio. Anche l'*isteria* può essere risvegliata dalla gravidanza con manifestazioni così gravi (angoscia e inquietudine per il parto, eccitazioni deliranti, tendenza al suicidio) da richiedere persino il ricovero in un istituto psichiatrico; ma per lo più la terapia suggestiva è sufficiente. Molto più importanti sono certe *fobie* e *stati di esaltazione*, prossimi parenti dell'isteria, sviluppantisi in gravidanza su terreno già psicopatico, che dalle comuni leggerissime « voglie delle gravide » vanno fino p. es. alla cleptomania ovvero a tocofobia, orrore per il proprio stato, avversione contro il nascituro, parossismi di rabbia o di disperazione. In questi casi molti psichiatri si sentono indotti a consi-

gliare l'interruzione della gravidanza alla quale invece altri autori sono recisamente avversi: comunque è sempre doveroso esigere l'internamento e la osservazione accurata in un istituto psichiatrico prima di prendere una qualsiasi deliberazione.

U. ROLANDI.

TERAPIA.

La cura dell'ipercloridria.

Regime. — In tutte le forme accentuate d'ipercloridria è necessario il regime latteo assoluto; si può tutt'al più aumentare un po' il valore alimentare del latte zuccherandolo, o facendo ingerire di tanto in tanto qualche biscotto. Sono state preconizzate in questi ultimi tempi varie sostanze per rendere il latte più digeribile, la maggior parte di esse sono a base del fermento lab, ma l'acqua di Vichy, l'acqua di calce non perdono per questo il loro valore ed è sempre ottima la prescrizione di bere il latte lentamente ed a piccoli sorsi.

Nelle forme medie di ipercloridria si può essere un po' più larghi nel prescrivere il regime alimentare. Non cucina complicata, non salse, non spezie, non fritture, la carne deve essere data in leggiera quantità lessa od arrosto; il brodo, la selvaggina ed i salumi devono essere invece proscritti.

Circa gli amilacei sappiamo che la digestione di essi in un ambiente iperacido si compie male o non si compie affatto, ma non potendo d'altro canto proscriverli, ci contenteremo di sopprimere il pane e di sostituirlo con dei legumi oppure con qualche biscotto o qualche *breakfast.* Fra i legumi il migliore è il riso, che quasi tutti gli ipercloridrici sopportano bene sotto qualsivoglia forma, poi vengono le patate (lesse, al forno, sotto forma di *purée*), le paste (a patto che siano molto fresche), i legumi verdi. Restano i legumi secchi di cui bisogna diffidare, quando l'inverno si è costretti a ricorrere ad essi, si somministreranno in piccole quantità decorticati, ma non in *purée.*

Tutti i legumi devono essere preparati senza burro, nè grasso, nè olio, dovranno essere cotti all'acqua ed al sale ed aggiungendovi in seguito una tavoletta di burro fresco.

I frutti sono permessi in modica quantità in specie sotto forma di composte o di confetture.

Gli estratti maltati in polvere, le birre maltate, i biscotti maltati, le susine, ecc., presentano il vantaggio di fornire gli idrocarbonati sotto forma molto digeribile e di contenere un principio che aiuta la digestione.

I grassi hanno nell'ipercloridria un'importanza speciale poichè diminuiscono in un modo notevole la secrezione gastrica e specialmente la secrezione cloridrica.

I migliori grassi all'infuori del latte sono il burro fresco, la crema fresca, l'olio di oliva, i due primi presentano il vantaggio di avere una gradevole sapidità. Quando il malato non prova una speciale ripugnanza, sarà bene somministrargli la mattina a digiuno una quantità, variabile secondo la tolleranza individuale, di olio di olivo.

Akimoff allo stesso scopo prescrive il latte di mandorle. Si potranno usare pure le mandorle fresche o secche decorticate ed altre preparazioni a base di mandorle.

Medicamenti. — Il trattamento medicamentoso si basa sempre sugli alcalini e sui preparati di bismuto.

Il bicarbonato di sodio è senza rivali per calmare presto e bene la pirosi, ed ha anche il vantaggio, come ha dimostrato Binet, di essere eccimotore e di precipitare la secrezione gastrica. Disgraziatamente possiede un'azione tardiva, ben provata sperimentalmente, eccito-secretrice tanto da far ricomparire il disturbo che sulle prime aveva combattuto. In tal modo il malato è costretto ad aumentare sempre le dosi, lo che non è senza inconvenienti per l'economia animale. (Edema da ingestione massiva di bicarbonato [Widal, Clement]).

Si è dunque rinunciato all'uso del bicarbonato semplice e si preferisce associarlo ad altri alcalini o sotto la formola di Robin:

Magnesia idratata	gm.	0.30
Sottonitrato di bismuto . .	»	0.50
Creta preparata	»	0.50
Bicarbonato di sodio. . . .	»	0.30
Cloridrato di morfina . . .	»	0.005

Per una polvere.

(Non appena il paziente avverte il più piccolo dolore ingoierà una di queste polveri, oppure ne può prendere una, due, tre ore dopo i pasti. Se i dolori ricompariscono dopo qualche tempo si potrà ingerire una seconda presa), o si può ricorrere alla formula di Bourget rinnovata da quella di Hayem:

Solfato di sodio disseccato . .	gm.	2
Fosfato di sodio id. . .	»	4
Bicarbonato di sodio purissimo	»	8

Per una carta, da far disciogliere in un litro di acqua nel momento dell'uso. Questo liquido sarà ingerito in quantità di 50-100 gm. all'inizio delle crisi dolorose.

Il sottonitrato di bismuto non è solo utile per cicatrizzare delle ulceri, ma possiede anche un

gran valore nelle iperclioridrie semplici per la sua azione analgesica ed antisecretoria.

Però il sottonitrato di bismuto non è senza pericoli di intossicazione: si è allora proposto di usare il carbonato di bismuto, il quale è meno attivo. Val meglio perciò adoperare, secondo l'opinione di Lion, il sotto azotato di bismuto bibasico o neutro.

Di tal sostanza si somministrano il mattino 10-20 gm. sospesi in 200 gm. di acqua e ciò basta per tutta la giornata.

È inutile fra assumere al malato delle posizioni svariate come pretende Fliner. Leven e Barret hanno dimostrato che il bismuto si diffonde di per sè stesso su tutta la mucosa.

È util cosa associare agli alcalini le tinture calmanti preconizzate da Robin, queste agiscono contemporaneamente sull'elemento dolore e sull'elemento secretore e riescono utili specialmente nelle forme accompagnate da vomiti.

Tintura di menispermum cocculus	ana gm. 1
» di veratrum viride. . . .	
» tebaica	
» di belladonna	
» di badiana.	

XII gocce in un po' di acqua dieci minuti prima dei pasti principali.

L'acqua ossigenata è stata preconizzata da Petri nel 1908 per le forme d'iperclioridria ribelli ad ogni altro sussidio terapeutico. Egli ha costatato che l'H^2O^2 ingerita prima dei pasti apporta una diminuzione notevole della secrezione di HCl, diminuzione che può arrivare alla totale scomparsa. Secondo le ricerche dello stesso Petri il medicamento viene perfettamente tollerato e non vi sono controindicazioni di sorta, neppure quando il paziente ha delle ulceri. Molti autori hanno confermato i buoni risultati affermati dal Petri.

Goodman dà da uno a due cucchiaini da caffè di acqua ossigenata purissima da ingerire allungata in un bicchiere di acqua tre volte al giorno dopo i pasti. Fertz Poly fa prendere la mattina a digiuno 300 cmc. di una soluzione al 1/2 % ogni due giorni per cinque volte di seguito. Poi si sospende il trattamento per cinque giorni, si esamina il succo gastrico e se vi è ancora bisogna ricominciare da capo.

La cura per mezzo della declorurazione si poggia su basi sperimentali serie. Dastre e Frouin hanno provato che vi è nell'animale un parallelismo abbastanza esatto fra la ricchezza del regime in cloruri e la quantità dell'HCl nel succo gastrico, diminuendo i primi si diminuisce il secondo. Léo avendo constatato nel 1904, che i tessuti degli iperclioridriaci sono più ricchi di cloro, ebbe l'idea per il primo di applicare il metodo in parola. Pertanto, dal punto di vista chimico puro, Enriquez ed Ambard hanno constatato che il più delle volte si avevano modificazioni della quantità anzichè della qualità del succco gastrico, però sono d'accordo con quanto hanno affermato i precedenti autori circa i risultati pratici del metodo.

È rarissimo che i dolori persistano più di 3-4 settimane dall'inizio del trattamento, in genere scompariscono prima. Una serie di osservazioni riferite dal Richartz nella *Semaine médicale* dell'anno in corso è molto probativa al proposito.

Igiene. — È nota da molto tempo l'importanza dell'igiene generale nella cura delle dispepsie: così riposo, aria aperta, soggiorno in campagna, *igiene dei pasti*. L'iperclioridrico deve mangiare in un'atmosfera di calma, lungi da ogni occupazione e da ogni preoccupazione, il pasto deve essere preceduto da un piccolo riposo di 10 minuti e susseguito da una breve siesta di mezz'ora senza dormire però.

Gli alimenti saranno ingeriti lentamente, tagliati in piccoli pezzi e *ben masticati*. La tachifagia apporta non solo una maggiore distensione dello stomaco, ma anche una secrezione più abbondante.

Agenti fisici. — Il massaggio è controindicato, l'elettricità nelle sue diverse forme non apporta alcun vantaggio. In alcuni casi sembra che le doccie calde sull'addome abbiano fatto calmare le crisi dolorose. L'idroterapia, sotto forma di impacchi alla Priessnitz freddi o caldi, coadiuva gradevolmente ed utilmente la cura medicamentosa e dietetica in più di un caso.

Cura chirurgica. — Nei casi ribelli ad ogni sussidio terapeutico e dopo aver vagliato con cura tutti i dati clinici ed anamnestici si può pensare ad un intervento che è specialmente indicato nei casi di iperclioridria dovuta ad un'ulcera gastrica. (J. Castaigne e F. C. Gourand: *Le Journal Médical Français*, 15 luglio 1912). TR.

IGIENE

Il tifo a Roma.

In opposizione ai miei articoli su questo argomento pubblicati nei fascicoli 1-2, scrive nel 5° fascicolo l'amico dott. Mariotti, un vero atto d'accusa al quale mi sforzerò di rispondere capo per capo ed accusa per accusa:

1° Non è dimostrato che i casi di tifo che si verificano in Roma sono sei volte più di quelli che si verificano in altre città d'Italia.

Non solo rispondo io che non è dimostrato, ma non lo credo nemmeno. Difatti quando io parlavo di altre città intendevo di città estere e specialmente della Germania, per le quali forse la mia cifra è magari troppo bassa!

2° Quando si comparano i dati bisogna partire da termini uguali e quindi occorre tener conto della popolazione.

Diamine! Diamine!!! amico Mariotti, certo questo è un sottilissimo postulato statistico; ma da che risulta che io non lo conosca? Quando mai ho dimostrato di non capire che 50 casi, p. e., in Roma, possono anche essere meno che 5, p. e., a Roccacannuccia?

3° Ammetto la più perfetta analogia epidemiologica tra colera e tifo, quanto ai loro rapporti di diffusione per mezzo del latte, però l'ammetto soltanto per le esplosioni epidemiche improvvise.

E perchè? A me veramente la cosa mi pare che vada in un modo molto diverso. Che un coleroso infetto in una vaccheria dia origine ad una diffusione improvvisa e di breve durata, è evidente, se non altro perchè il coleroso dopo pochi giorni è morto e la vaccheria non si infetta più; ma un portatore di bacilli di tifo, che può stare in una vaccheria per mesi e magari per anni, emettendo bacilli del tifo, perchè non potrà dare origine a diffusione lenta e duratura?

4° Le inchieste dei medici igienisti spesso esclusero in modo assoluto il rapporto fra latte e tifo.

Pienamente d'accordo: anche pel colera andò nello stesso modo, difatti tale rapporto fu positivo per 80 casi e negativo sugli altri 238.

Ed allora, si domanda il dott. Mariotti, quale fu la causa degli altri 238?

Tutti gli altri veicoli di diffusione delle malattie infettive (erbaggi, frutti, ecc.) possono essere stata la causa, eccetto il contatto. Difatti di questi 238 casi, tranne forse un paio, nessuno aveva avuto contatti nè diretti, nè indiretti con malati.

5° In alcuni casamenti, dopo un primo caso di tifo, con intervalli di 2-3 settimane, si ricongiunge una serie ininterrotta di altri casi.

Questi casamenti non sono invero molto numerosi, ma certamente esistono; però i casi verificatisi possono colla stessa probabilità essere spiegati col contatto, come cogli insetti, cogli alimenti e bevande infettatesi nelle cucine e magari anche colla polvere sollevantesi nella spazzatura della camera del malato.

6° Tutti i primari ed aiuti degli Ospedali (proprio tutti?) hanno osservato e lamentato gli effetti della vicinanza dei tifosi cogli altri ammalati.

Qui, francamente, la colpa non è mia! Perchè i primari ed aiuti si limitano a lamentarsi col dott. Mariotti e non scrivono sulle schede degli Ospedali che il malato tale o talaltro si è preso il tifo nell'Ospedale stesso? Perchè dall'esame di queste schede non risultano questi malati?

7° L'importanza del latte come veicolo di diffusione del tifo non si può considerare come fattore unico della persistenza del tifo a Roma.

Difatti nei miei articoli sull'argomento, dicevo: « Riassumendo: il *contatto*, il pulviscolo atmo« sferico, gli alimenti e le bevande sono tutti « veicoli capaci di diffondere il bacillo produt« tore del tifo. Tutti perciò dal medico pratico, « dall'igienista e dal legislatore debbono essere « tenuti nel dovuto conto per combattere effica« cemente questa malattia ».

Non mi pare quindi che mi si possa dire di aver parlato di fattore unico! Sicchè sottoscrivo a due mani alla conclusione dell'amico Mariotti: « quando si potrà disporre di un personale di « assistenza più illuminato dall'opera di propa« ganda igienica; quando tutti i provvedimenti « igienico-sanitari convergeranno verso l'unico « fine di rendere il tifoso meno nocivo che sia « possibile (e quando, aggiungo io, i portatori « saranno allontanati dalle vaccherie) rimarranno « implicitamente eliminati i maggiori veicoli del « tifo ».

S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(70) *Metodo dell'antiformina per la ricerca dei bacilli tubercolari.* — Prego la cortesia della S. V. di volermi illustrare nella *posta degli abbonati* la tecnica di ricerca dei bacilli della tubercolosi coll'antiformina. Abbonato N. I., Roma.

L'antiformina è una soluzione d'idrato e ipoclorito di sodio (o di potassio), nella proporzione del 5 % per ciascuno dei due componenti.

Il nome è brevettato dalla Casa Oscar Kühn di Berlino (Dirckenstrasse 20).

L'antiformina si usa per lo più diluendola ad ½-⅕ con acqua distillata.

Dissolve interamente l'espettorato, lasciandovi inalterati i soli germi acido-resistenti — cioè a dire i bacilli della tubercolosi, della lebbra, dello smegma, di Moeller, ecc. — i quali, grazie al loro contenuto di sostanze cereo-adipose, risentono poco l'azione sterilizzante e distruttiva dell'antiformina e perciò conservano a lungo la forma, la colorabilità, la vitalità e persino la virulenza.

Anche gli espettorati più densi e compatti trattati con antiformina vengono trasformati in un liquido omogeneo, nel quale i germi acido-resistenti sedimentano. Alla temperatura della camera bastano alcune ore, al massimo un giorno, perchè l'omogeneizzazione sia perfetta e per solito sia avvenuta anche la sedimentazione.

Poi non occorre altro che decantare e ricercare i germi della tubercolosi nel residuo.

La ricerca può essere agevolata in più modi. Ad esempio, se alla mescolanza si aggiunge dello spirito puro o denaturato, se ne riduce la densità; quindi la sedimentazione risulta affrettata.

Meglio ancora è ricorrere alla centrifugazione: facendo uso di tubi speciali, con fondo a cono strozzato, viene resa comoda e sicura la decantazione e non resta che una piccola quantità di liquido contenente i bacilli.

Volendo affrettare la dissoluzione, conviene portare la mescolanza di espettorato e antiformina ad una temperatura di 37°. Bastano allora pochi minuti, purchè si abbia l'avvertenza di agitarla di tanto in tanto.

Uno svantaggio dell'antiformina è questo: il sedimento di bacilli aderisce male al vetrino in causa, pare, della forte alcalescenza. Se ne stacca facilmente durante le manipolazioni per colorarlo.

Si rimedia a questo inconveniente in più modi. Ad esempio, si può stendere sul vetrino, prima di allestire lo striscio, un po' d'albumina d'uovo o di glicerina albuminata o, meglio, di sputo fresco. Meglio ancora è lavare il sedimento - così da asportare molta parte dell'antiformina - aggiungendovi un po' d'acqua distillata o comune e poi centrifugando; si consiglia anzi di ripetere due o tre volte il lavaggio.

Per la fissazione è bene di far passare il vetrino piuttosto in alto sulla fiamma.

La quantità di espettorato da usare per una prova può variare ad arbitrio; ma naturalmente la probabilità di rinvenire i bacilli specifici allorchè sono scarsi diviene tanto maggiore quanto maggiore è la quantità di espettorato in cui si ricercano. Di solito l'esame viene compiuto su 10 - 20 - 50 cmc. di materiale.

Un'avvertenza utile è quella di prelevare il materiale da punti diversi degli espettorati abbondanti, ovvero di raccoglierlo in diversi momenti della giornata.

Sono state proposte molte modalità di tecnica.

La tecnica migliore è quella elaborata da Schulte nell'Ufficio Sanitario Imperiale di Berlino, sotto la guida di Uhlenhuth cui si deve l'applicazione dell'antiformina alla ricerca dei bacilli tubercolari.

Si procede in questo modo: ad una parte di espettorato se ne aggiungono due di antiformina al 50 %; si scuote, si lascia agire fino a dissoluzione completa, cioè per una mezz'ora od anche meno; si aggiungono ancora tre parti di spirito denaturato, si mescola, si centrifuga per ½-1 minuto.

Quando non si dispone di una buona centrifuga, conviene combinare il metodo dell'antiformina con quello della ligroina, dovuto a Lange e Nitsche.

La ligroina, uno dei prodotti di coda della distillazione del petrolio, è una mescolanza di idrocarburi molto leggera: densità 0.7 incirca; è insolubile nell'acqua.

Si usa emulsionandola finemente nell'espettorato. Le piccolissime goccioline che essa forma hanno la proprietà di attrarre i germi per adesione. Queste goccioline vengono poi lentamente a galla, trascinando con sè i germi; ma quando esse si fondono tra loro, abbandonano i germi, i quali si arrestano nello strato intermedio tra l'espettorato e la ligroina (quandosono abbondanti vi formano una pellicola). Non resta che portare sul vetrino i germi raccoltisi sulla superficie di separazione.

Secondo Bezançon l'uso della ligroina risponde bene sovratutto quando la densità dell'espettorato reso omogeneo supera 1.080.

La tecnica è alquanto fastidiosa, ma i risultati sono ottimi.

Secondo Schulte conviene procedere nel seguente modo: 10 cmc. di espettorato e 20 cmc. di antiformina a $^1/_5$ vengono mescolati; si lascia fino a completa omogeinizzazione, scuotendo ogni tanto. Si aggiungono 20 cmc. d'acqua e si agita. Si aggiungono ancora 2 cmc. di ligroina e si scuote fortemente, fino ad ottenere un'emulsione densa. Si porta in bagnomaria a 60° e vi si lascia fino a che la chiarificazione sia completa. Si aggiunge con cautela ½-1 cmc. di spirito, a gocce. Si preleva il materiale dallo strato intermedio, per mezzo dell'ansa di platino.

I tubi della centrifuga e i vetrini usati per le ricerche con antiformina vanno ripuliti, secondo Merkel, con una mescolanza a parti eguali di acido solforico e liquido di Müller.

Naturalmente si ricorre all'antiformina quando si presume che i germi di Koch scarseggino nell'espettorato ovvero quando quest'ultimo è molto ricco di germi accessori, i quali ostacolano la ricerca microscopica di quelli specifici.

L'applicazione dell'antiformina ha ridotto in modo sensibilissimo gli esiti negativi delle ricerche microscopiche.

Non è fuori di luogo avvertire che il metodo di Uhlenhuth, semplice od associato alla ligroina, ha dato origine in Germania a discussioni numerose ed a confronti col metodo Ellermann-Erlandsen. Dall'insieme delle discussioni impegnate deriva nettamente l'impressione che quest'ultimo sia superiore; ma è molto indaginoso.

Si è anche ricorso all'uso semplice dell'acqua di Javelle (ipoclorito potassico) o di Labarraque (ipoclorito sodico), alle liscivie (carbonati di potassio o di sodio), agl'idrati caustici; ma questi metodi non hanno più molta ragione di essere.

L. V.

Riceviamo e pubblichiamo:

Onorevole redazione,

nel fascicolo 2 della Sezione pratica leggo il resoconto di una comunicazione fatta da G. Finzi nella seduta del 13 dicembre 1912 della Società medica di Parma. « Sulla specificità e sul valore diagnostico della reazione di Ascoli termoprecipitina » nella diagnosi del carbonchio ematico e del mal rossino?

Trattandosi di una reazione che porta il mio nome prego codesta redazione di voler accogliere le osservazioni seguenti:

Dalle ricerche del Finzi risulterebbe secondo il resoconto che sieri immuni non anticarbonchiosi e anche sieri normali, *purchè riscaldati a 55°-56° per 12-24-42 ore*, danno una precipitoreazione zonale con estratti carbonchiosi.

La costatazione del Finzi riferendosi a *sieri riscaldati* non può infirmare per nulla il valore della reazione precipitante come rivelatrice specifica di protoplasma batterico.

I procedimenti usati dal Finzi per mettere in evidenza delle precipitazioni non specifiche tra estratti carbonchiosi e sieri diversi introducono delle modificazioni notevoli nel metodo da me proposto e da me *di proposito* indicato e precisato nei suoi dettagli. Lo studio del Finzi prova solamente che bisogna essere circospetti nel derogare da queste norme e che introducendovi delle varianti *si riesce a toglierli l'attendibilità che nella forma originale gli appartiene.*

Il lavoro del Finzi in sostanza mette in guardia contro probabili fonti di errore quali anch'io ebbi da tempo a rilevare a che mi persuasero a consigliare in ogni caso l'*uso di sieri controllati.*

Ringraziando, con ossequio

Dott. ALBERTO ASCOLI.

VARIA

La macchia mongolica nell'Africa settentrionale. — Nel 1906 il dottore giapponese Kocko O. Ecjisawa menzionava la presenza di una macchia azzurra nella regione sacrale dei bambini mongoli. Egli presumeva che si riscontrasse sempre in un certo stadio dello sviluppo dell'uomo; ma faceva rilevare che la maggior parte dei bambini giapponesi la portano sin dalla nascita e durante i primi anni: è raro, aggiungeva, ch'essa persista anche dopo.

Manca negli stipiti originari del Giappone, per es. negli abitanti Ainos di Yako o Korh Kardo, isola settentrionale dell'arcipelago Nipponico.

Matignon l'ha dimostrata nel 98 % dei bambini giapponesi.

Secondo Adachi, la stessa macchia si osserva nelle scimie, le quali però la portano per tutta la vita.

In Francia si sono occupati della macchia mongolica i dottori Apert, Camot, Comby.

Il dott. A. Bruch, di Tunisi, ha trovato che in questa città molti bambini portano la macchia mongolica.

Alle volte è unica, intensa, circoscritta alla sola regione caudale; alle volte è diffusa a vaste regioni cutanee; alle volte è divisa in due od in più. La tinta azzurrognola è molto manifesta; gli orli non ne sono netti; non è rilevata e non scompare alla pressione; non è mai pilifera. I bambini portatori della macchia non sono mai biondi o rossi, ma di tinta scura, con capelli ed occhi neri o castani. Sono in prevalenza arabi, ebrei o di sangue misto (ve ne sono, per es., oriundi siciliani e francesi).

(*Archives de Médecine des Enfants*, giugno 1912).

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sull'obbligo della iscrizione negli Ordini sanitari.

Al dott. CAJUS del *Policlinico.*

Nel vostro acuto articolo riassuntivo delle discussioni che si vanno facendo intorno alla obbligatorietà, o meno, dell'iscrizione negli Ordini per certe categorie di sanitari, avete usato alcune espressioni che non mi paiono esatte; potrebbero svisare, presso qualche lettore, il vero significato della legge e parer pure di contraddire a quella tesi che dovrebbe essere la preferita da voi.

Voi dite che « la dizione dell'articolo 3 della legge, contiene un'affermazione troppo *timida* dell' obbligatorietà dell'iscrizione ». A me pare invece che quell'articolo 3 non potrebbe essere più chiaro, più preciso e, se volete pure, più coraggioso. Dice infatti quell'articolo: « l'iscrizione è *condizione* per l'esercizio », è condizione, cioè, per poter esercitare; è condizione senza la quale non si può esercitare. Si potrebbe, egregio collega, essere più chiari di così, più precisi, più... coraggiosi?

Ma v'è, si obbietta, il 2° comma dell'articolo, il quale finisce per menomare la disposizione del primo comma. Non mi pare neanche questo. La disposizione del 2° comma non può menomare la disposizione del 1°, perchè si tratta di due disposizioni che hanno obbietto diverso. La disposizione del 1° comma riguarda l'obbligo della *inscrizione*; la disposizione del 2° comma riguarda l'applicazione della *disciplina* dell'Ordine. Il 1° comma sancisce il principio della obbligatorietà dell'inscrizione per l'esercizio in genere, per ogni forma di esercizio, sia esso esercizio libero o sia esercizio di impiegati. Il 2° comma si riferisce alla prima e maggiore conseguenza di tale principio; alla conseguenza, cioè, che gli inscritti debbano subire la disciplina dell'Ordine.

Il disposto *però* del 2° comma, porta dunque una limitazione, non all'obbligo della *inscrizione*, ma alla applicazione della *disciplina*. Per quanto riguardi l'iscrizione, il 1° comma prescrive che essa sia obbligatoria per tutti gli esercenti, siano essi esercenti liberi o siano impiegati. Ma per quanto riguarda l'eventuale applicazione dei poteri disciplinari dell'Ordine, si badi, dice il 2° comma, che i sanitari impiegati restano soggetti alla disciplina delle amministrazioni dalle quali dipendono e non potranno subire la disciplina dell'Ordine se non in quanto esercitano liberamente.

V'ha antinomia, contrasto, contraddizione fra il 2° comma ed il primo? A me pare di no. Pare anzi che il 2° comma, ponendo un limite alle conseguenze disciplinari del principio sancito nel 1° comma, non faccia che confermare il valore dello stesso principio.

Qualcuno osserva: Se i sanitari impiegati non possono essere soggetti, in via gerarchica, alla disciplina dell'Ordine: e a che scopo l'obbligo della iscrizione quando essi non esercitino liberamente? Posso ripetere la risposta che date voi. I sanitari impiegati, oltrechè con le amministrazioni delle quali dipendono, hanno ancora rapporti coi colleghi, colle autorità, col pubblico, per l'esercizio, ad esempio, della clinica, dell'igiene, delle mansioni peritali. Resta quindi un larghissimo campo in cui v'ha più d'un posto, più d'una occasione per l'ingerenza dell'Ordine, anche a riguardo dei sanitari impiegati, nelle controversie di natura deontologica che possono toccare il pubblico, o le autorità, od i colleghi.

Dite voi, in seguito: « il testo primitivo della legge già approvato dal Senato diceva che i medici impiegati *non potevano* inscriversi *in alcun modo* ». Mi pare che queste vostre parole non corrispondano perfettamente alle parole di quel testo. Il testo del Senato dicevi infatti: « Non sono però *soggetti* all'inscrizione anzidetta i sanitari inscritti in un ruolo di pubbliche amministrazioni, ecc. ». Queste parole parmi che abbiano in sè il concetto dell' *esonero* dell'inscrizione; ma non del *divieto*. E non sono, *esonero* e *divieto*, due concetti anch'essi diversi?

Dite ancora: « la dizione definitiva sancisce almeno il *dritto* del sanitario all'iscrizione se pure possa discutersi che non ne sancisca anche l'obbligo ». Ma io non trovo nessuna parola nella legge — dico nella legge autentica non in quella che fu presentata al pubblico dall'avv. Selvaggi — io non trovo alcuna parola, nè al 1° comma nèal 2° che abbia codesta sanzione del *diritto* all'inscrizione che lasci a discutere se abbia pure la sanzione dell'obbligo. Trovo invece il rovescio: trovo le parole del 1° comma: « l'inscrizione è richiesta come *condizione* all'esercizio », le quali significano chiarissimamente: l'iscrizione è richiesta per poter esercitare; significano cioè un obbligo casì chiaro, per gli esercenti tutti, da dover restare fuori assolutamente d'ogni discussione.

Non trovo, d'altra parte, alcuna parola la quale significhi che i sanitari abbiano il *diritto* di iscriversi, abbiano cioè facoltà di fare il loro comodo, inscriversi o no.

Vorrete dire, egregio collega, che questo concetto del *dritto* ad inscriversi sia implicito al 2° comma? A me pare di no, perchè il 2° comma parla tutto — come ho già avvertito — di *disciplina* e, menomamente, di *inscrizione*. Ed il concetto della disciplina dell'Ordine, deve bensì, come concetto — dirò così — cronologico, restare distinto da quello della iscrizione; ma deve pure, come concetto logico, restare vincolato all'adempimento del concetto precedente, all'adempimento cioè dell'obbligo dell'inscrizione. In altre parole è indiscutibile che il 2° comma parla soltanto dell'applicazione della disciplina dell'Ordine; ed è pure, a parer mio, indubitabile che non si possa parlare di questa applicazione della disciplina se non per coloro che sono già iscritti nell'Ordine, per coloro cioè la cui iscrizione sia già avvenuta precisamente in base a quell'*obbligo* sancito dal 1° comma. Se un concetto può dirsi che sia implicito al 2° comma esso è dunque questo concetto dell'*obbligo*, non quello del *diritto* all'iscrizione.

Non è così, egregio collega? E favorite dare un'idea più chiara del vostro pensiero, non tanto per me quanto per l'Ordine che ho l'onore di presiedere e per quegli altri Ordini che hanno interpretato ed applicato la legge allo stesso modo dell'Ordine di Sassari.

Badate però che questo *diritto* dei sanitari impiegati ad inscriversi, o no, mentre è certo per me — e non per me solo — che non esiste nella dizione definitiva del 2° comma, esisteva senza dubbio nel testo approvato dal Senato. Nel testo del Senato, il 2° comma parlava ancora dell'iscrizione e la rendeva facoltativa per la famosa aggiunta che, su proposta del prof. Maragliano, era stata fatta alla prima formula proposta dal Ministero. Ma questa aggiunta del Maragliano fu soppressa dalla Camera, e poi anche dal Senato, insieme colla prima formula proposta dal Governo. La Camera ed il Senato hanno cioè soppresso quel *diritto* ad iscriversi, hanno tolto all'onere dell'iscrizione il diritto di essere *facoltativo*. Ora se l'onere ha cessato di essere facoltativo non può essere diventato, parrebbe a me, che un onere obbligatorio.

Parrebbe a voi altrimenti? E ditelo, egregio collega, chiaro e reciso. Usate un linguaggio che riproduca schiettamente, esattamente il vostro pensiero, assia a quello che, nella vostra mente, è il vero significato della legge.

Voi propendete, se io leggo bene tra le vostre righe, per l'obbligatorietà assoluta dell'iscrizione. E perchè — se è così — non dirlo chiaro ed alto quando la vostra parola ha forza, meritamente, di acquistarsi così larga deferenza nella larghissima schiera dei lettori del vostro *Policlinico?*

Il complesso del vostro articolo esclude, secondo me, che l'articolo 3 dia ai liberi esercenti diritto, e non obbligo, della iscrizione. E perchè tollerare, neanche per un momento, l'ipotesi d'un altro concetto il quale può menomare il valore della tesi giusta, dell'interpretazione esatta, dell'applicazione logica della legge?

Permettemi dunque, egregio collega, di desiderare, anche da voi, chiarezza di pensiero e precisione di linguaggio, esattezza di riferimenti, di citazioni, poichè soltanto col porre esattamente i termini della questione sarà possibile discutere con serenità e con profitto.

Ho la persuasione più salda della chiarezza della legge; ma sono pure persuaso che questa chiarezza non potrà non restare annebbiata e causare inestricabile confusione di criteri se la sua sostanziale disposizione venga esaminata in termini diversi da quelli che sono i suoi termini veri.

Non presumo d'intendere — questa sostanziale disposizione — meglio di alcuno; ma ritengo che prima condizione a che rettifichi io, o rettifichi altri l'interpretazione rispettivamente seguita sinora, debba essere il parlare della legge quale è, e non quale vorremmo noi che fosse.

Dott. FRANCESCO DORE.

Cronaca del movimento professionale.

La Federazione delle Associazioni Sanitarie di Roma e Provincia. — Si è ora costituita. Il Consiglio Federale è riuscito così composto: presidente dottor Ernesto Gennari, segretario dott. Giovanni Palomba, cassiere dott. Polacco, consiglieri federali: dottori Lazze, Angelini, Rainaldi, Radematti. Per la prima volta il Consiglio il 18 u. s. approvò in massima lo schema di statuto e dalle rose presentate dalle singole Associazioni compilò la presente lista per l'elezione al Consiglio dell'Ordine: Arcangeli dott. Arnaldo, Ballerini dott. Enrico, Carducci dott. Agostino, De Nicola dott. Ignazio, Garofalo dott. Alfredo, Mariotti dott. Ugo, Venere dott. Ernesto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3624) *Ufficiale sanitario. - Investimento pensione.* — Il Dott. E. V. da V. chiede conoscere se ed a quali condizioni possa riscattare agli effetti della pensione un anno di servizio prestato nella qualità di ufficiale sanitario.

Noi riteniamo che nella liquidazione della pensione ben si possa far valere il periodo di servizio prestato in altra qualità, trattandosi della stessa ed identica persona, che ha sempre inte-

gralmente corrisposti i prescritti contributi. Niuna pratica speciale occorre fare al riguardo, nè pagare alcun premio speciale.

(3625) *Farmacia. - Rifiuto di spedire medicinali.* — Il Dott. P. Z. da F. desidera conoscere se possa un farmacista rifiutarsi alla spedizione di medicinali ai poveri perchè il Comune non ha ancora pagato il prezzo di medicinali precedentemente spediti.

Specialmente se sia unico nel paese non può il farmacista, per qualsiasi ragione, rifiotarsi alla spedizione dei medicinali. Essendo debitrice una pubblica amministrazione non gli sarà difficile ottenere il pagamento di quanto gli è dovuto. Potrà anche chiedere alla Giunta provinciale amministrativa l'emissione del mandato di ufficio, perchè trattasi nel caso di una spesa obbligatoria.

(3626) *Capitolato. - Obbligo del servizio all'ospedale.* — Il Dott. A. M. da A. desidera conoscere se un Comune può imporre al proprio medico condotto stabile l'obbligo di prestar servizio all'ospedale e se avendolo imposto con l'annuenza ed accettazione da parte del medico vi sia mezzo perchè questi possa ottenere la radiazione di tale imposizione:

Il Comune non avrebbe potuto imporre *ex novo* al medico stabile l'obbligo di prestar servizio all'ospedale che è, per di più, autonomo, perchè tale obbligo eccede quelli normalmente inerenti alla condotta. Però avendo Ella liberamente accettata la nuova imposizione, non sapremmo vedere il modo come se ne possa sottrarre. I capitolati sono, come si sa, altrettanti vincoli contrattuali che, appena conclusi ed accettati, costituiscono legge fra le parti. Osserviamo peraltro che se col nuovo onere imposto Le sembrasse male o scarsamente retribuita la condotta con lo stipendio attuale, potrebbe avanzare domanda per congruo aumento alla G. P. A., a sensi dell'articolo 26 della vigente legge sanitaria.

(3627) *Supplenze durante il congedo.* — Il Dottore G. B. G. da B. P. chiede conoscere se durante le supplenze per congedo dei colleghi, cui è per capitolato obbligato, abbia diritto ad essere rivalutato da essi dei mezzi di trasporto e, nella affermativa, se dall'ospedale al posto di supplenza o invece dalla sua normale residenza.

Durante il congedo e per causa del medesimo, non può essere imposta al sanitario alcun nuovo o maggiore aggravio. L'indennizzo per mezzi di trasporto deve, quindi, esserle fatto dalla amministrazione municipale, senza rivalsa verso i colleghi. Si intende che l'indennità deve esserle corrisposta dal luogo di sua normale residenza a quello ove deve prestare servizio.

(3628) *Acquisto di stabilità.* — Il Dott. L. G. da G. (6958), desidera conoscere quando egli diventerà stabile essendo stato assunto in servizio come interino il 5 marzo 1911.

Ella, ripetiamo, diventa stabile col giorno 4 marzo p. v. L'altra versione confonde la stabilità *virtuale*, quando, cioè, il medico non può essere più disdetto con la *reale* quando, cioè, il medico non può essere più licenziato. Dopo il 5 dicembre Ella non può più essere disdettata, ma non ancora è stabile, perchè altrimenti acquisterebbe il diritto, non dopo due anni di prova, ma dopo soli 20 mesi. Per la stabilità piena deve quindi attendere il 4 marzo p. v.

(3629) *Pensione. - Ritardo di liquidazione. - Se possa pretendersi indennizzo.* — Il Dott. G. B. da S. G. C. chiede conoscere se avendo ritardato per quattro anni la domanda di liquidazione di pensione, possa chiedere il rifacimento del danno subìto, oltre i contributi pagati, in tutto lire 12528.

Veramente non arriviamo a comprendere perchè Ella non abbia fatto subito la domanda per la liquidazione della pensione ed abbia tardato per quattro anni, continuando tuttora a pagare il contributo. Se il ritardo è dipeso da Lei, non può pretendere che la Cassa le corrisponda 12,000 lire per i quattro anni di pensione non corrisposta e Le restituisca i contributi, che non avrebbe dovuto più pagare. Faccia subito la domanda e preghi per la sua sollecita evasione. Che se il ritardo è dipeso, locchè non crediamo. dalla Cassa, nessun danno Ella risentirà, perchè la pensione comincierà a decorrere dalla data della effettiva cessazione del servizio. In tal caso, però, non avrebbe dovuto pagare i contributi annuali.

(3630) *Tassa esercizi. - Esenzione pel medico condotto.* — Il Dott. C. T. da R. chiede conoscere per quale articolo di legge il medico condotta va esente dal pagamento della tassa esercizi e per quale ragione il medico libero esercente non deve pagare.

Il medico condotto, come impiegato alla dipendenza del Comune, è esente dal pagamento della tassa esercizi in virtù dell'articolo 3 del Regolamento approvato con R Decreto del 23 marzo 1902, n. 113. Il medico libero esercente deve pagare la tassa appunto perchè non riceve stipendio da una pubblica amministrazione. Il medico obbligato per la generalità degli abitanti è, come il condottato dei poveri, parimenti esonerato dalla imposta in parola.

(6132) *Pensione. - Indole. - Ammontare del contributo.* — Il Dott. A. M. da R. D. S. desidera conoscere se il contributo Monte pensione è stabilito in misura fissa o variabile e se il pagamento di esso sia obbligatorio.

Il contributo Monte pensione è stabilito nella somma fissa di lire 132 annue, indipendentemente dallo stipendio di cui si gode. Il pagamento di detto contributo è obbligatorio pei medici di nuova nomina.

(3633) *Infortuni sul lavoro - Se debbono essere pagati i certificati di guarigione quando essa avviene entro i primi cinque giorni.* — Al dott. G. S. da B. P. che ci interpella su tale argomento rispondiamo che egli ha, secondo noi, completamente ragione. Il compenso di lire 2.00 da parte dell'Istituto assicuratore deve essere corrisposto sempre qualunque sia la durata della cura dello infortunio. L'articolo 149 del Regolamento 13 marzo 1904, n. 141, non fa all'uopo alcuna distinzione nè dà luogo a dubbia interpretazione. In caso di rifiuto al pagamento dovrà essere citata la ditta assicuratrice dinanzi al Conciliatore locale.

(3634) *Dimissioni - Congedo - Certificati.* — Il dott. C. J. da P. S. chiede conoscere se, avendo rassegnato le proprie dimissioni e dovendo per contratto rimanere in servizio altri tre mesi, possa chiedere in tale frattempo il congedo annuale; se il capitolato è obbligatorio anche senza la firma del sanitario e quali certificati debba il condottato rilasciare gratuitamente.

Dovendo lasciare fra breve la condotta per le date dimissioni non crediamo abbia diritto e titolo ad ottenere il mese di congedo, tanto più che non ha ancora compiuto un anno di servizio, ne è ammissibile che il congedo stesso si frazioni a dodicesimi in proporzione dei pochi mesi durante i quali è stato in carica. Il capitolato è obbligatorio anche senza la firma del sanitario. Il condottato a cura piena rilascia gratuitamente tutti quei certificati che siano conseguenza od attestazione della infermità curata.

(3635) *Ricchezza mobile sullo stipendio - Esonero.* — Il dott. P. C. F. da P. chiede conoscere se sia giusta la domanda del Comune per il pagamento dela R. M. da cui era esonerato con la deliberazione di nomina, specie dopo l'aumento di ufficio dello stipendio ordinato dalla G. P. A.

Noi riteniamo che il Comune non possa ora obbligarla al pagamento della R. M. perchè da tale onere fu esonerata con la deliberazione di nomina del 1887. Nè quella deliberazione potrebbe ora, per tale oggetto, essere revocata perchè si verrebbe a violare il diritto da Lei acquisito alla intangibilità dello stipendio. Quando la G. P. A. aumentò di ufficio lo stipendio intese farlo alle stesse condizioni della deliberazione del 1887, perchè se avesse diversamente voluto lo avrebbe dichiarato. La cosa però, in caso di contestazione da parte del Comune, dovrà essere decisa dalla ordinaria autorità giudiziaria.

(3637) *Stipendio - Aumento.* — Il dott. G. B. V. da P. V. D. C. chiede conoscere se possa continuare un giudizio per ottenere un aumento di stipendio, e se il R. Commissario di un Comune possa concedere il detto aumento salvo ratifica del Consiglio.

Non sapremmo veramente consigliarla a proseguire il giudizio in corso. Con la deliberazione del 1906 Le fu, bensì, aumentato lo stipendio ma non fu detto che la ottava sezione veniva sempre e per ogni effetto equiparata alla quarta ed alla quinta in modo da seguirne le sorti, anche pel tratto avvenire. Non è quindi impugnabile il posteriore atto deliberativo con cui, aumentandosi gli stipendi a tutti i sanitari, non si concede al titolare della ottava sezione stipendio identico a quello accordato ai titolari della quarta e della quinta. Il R. Commissario può aumentare lo stipendio degli impiegati, ma per un solo anno e con l'approvazione della G.P.A. Il relativo provvedimento per avere effetto continuativo, dovrebbe essere sottoposto alla ratifica del Consiglio.

(3638) *Ufficiale sanitario - Medico condotto - Cumulo funzioni.* — Il dott. A.D.A. da V. chiede conoscere se fu legittimo il decreto del Prefetto con cui, revocandoglisi l'incarico provvisorio di ufficiale sanitario, veniva questo affidato ad un medico libero esercente.

La Giurisprudenza, confortata anche da una circolare ministeriale, ritenne fino a poco tempo fa la illegittimità della revoca dell'incarico affidato al medico condotto. Ora ha mutato parere ritenendo che quando nel Comune si stabilisca un libero esercente l'incarico provvisorio dev'essere revocato al medico condotto. Riscontri in tal senso: 1° Decisione IV sezione 18 agosto 1910; 2° Parere Cons. di Stato 30 marzo 1911 e 3° Decisione IV sezione Cons. di Stato 2 giugno 1911.

(3640) *Ricchezza mobile - Ritenuta Monte pensioni.* — Il dott. G. I. da S. desidera conoscere quali gravezze pesano su di uno stipendio di lire 3150 compreso in esso lire 150 per la carica di ufficiale sanitario e quale è l'ammontare del contributo per Monte pensioni.

Sullo stipendio grava la sola tassa di ricchezza mobile in ragione del 7,65%. Essa, quindi, sul sopradetto stipendio ammonta a lire 240.97 oltre l'aggio all'esattore, che non può precisarsi perchè varia da Comune a Comune. Il contributo pel Monte pensioni è di lire 132 pel medico e di lire 132 pel Comune. Per aversi lo stipendio netto da tutte le gravezze, il concorso dovrebbe essere bandito per lire 3600.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

BASALUZZO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 3200 e due sessenni; due anni di esercizio di condotta.Scade 12 febbraio.

* BENTIVOGLIO (*Bologna*). — Condotta pei poveri del 2° riparto; L. 2200, indennità cavalcatura. Scad. 15 febbraio.

BERRA (*Ferrara*). — Due condotte; L. 3200 lorde, 3 sessenni. Indennità di L. 600 per mezzo di trasporto. Scad. 15 febbraio.

BOTTICINO SERA (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000, abitanti 2194. Scade 13 febbraio.

CARPANETA DOSIMO (*Cremona*). — Condotta libera; L. 3600 nette pei poveri; L. 500 bicicletta; due sessenni. Ab. 1513. Scad. 28 febbraio.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — Condotta; L. 3000 pei poveri; aumentabili a L. 4200; L. 600 mezzi di trasporto. Scade 20 febbraio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotta pei poveri e uff. sanit.; L. 1800 e L. 200 per mese congedo. Scad. 20 febbraio.

CIVITELLA DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Condotte di Civitella e di Ciggiano; L. 3000 ciasc. e due sessenni; L. 500 per spese di trasferta; L. 300 per vicendevole sostituzione. Età limite 45 anni. Scad. 20 febbraio.

CONA (*Venezia*). — Due condotte pei poveri; L. 8000 ciasc.; tre sessenni del decimo; L. 720, per cavalc.; L. 500 per alloggio. Servizio triennale in condotta o assistentato biennale effettivo in ospedale. Scad. 15 febbraio.

* CORDENONS (*Udine*). — Condotta piena del 2° riparto; L. 3750 lorde e due sessenni; L. 200 per supplenza al medico al 1° riparto. Scad. 12 febb.

CREMA (*Cremona*). — *Ospedale Maggiore*. Medico chirurgo ostetrico assistente; L. 1400 lorde, camera arredata, riscaldamento e luce. Età massima 35. Scad. 28 febbraio.

* DESULO (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 4000 nette. Scad. 28 febbraio.

FICULLE (*Perugia*). — Concorso ad una delle due condotte comprimarie; L. 3130 senza obbligo di cav. Riposo quindicinale. Autorizzazione ad accettare eventuale nomina medico di sezione delle ferrovie. Ab. 3186. Scad. 22 febbraio.

FIGINO (*Como*). — Condotta con Novedrate; L. 3500 aument. Ab. 2885. Scad. 20 febbraio

GENOVA. — Due posti di medico condotto per assistenza gratuita aventi diritto, constatazioni morti, nascite, vaccinazioni, ecc. L. 2500 aument. ciasc., non più di 35 anni, s. e r. Occorre almeno triennio di esercizio professionale. Scad. 28 febb.

GRANDONA (*Alessandria*). — Consorzio sanitario con Roccaforte Ligure. Aperto a tutto il 22 febbraio, concorso alla condotta piena, coll'obbligo delle funzioni di uff. san. Stipendio annuo complessivo lire 3200 ed alloggio gratuito.

MASERA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1060. L. 3250 lorde di R. M., L. 100 quale uff. san. Tre sessenni. Decente alloggio gratuito. Scad. 28 febb.

MOGGIO UDINESE (*Udine*). — Condotta poveri; L. 3000 lorde e L. 100 se uff. san. È in corso di approvazione l'aumento a L. 4000. Scad. 25 febb.

MOLA (*Bari*). — Due condotte per i poveri; L. 1000 per l'anno in corso e L. 1300 dal 1° gennaio 1914; 4 sessenni — Una delle due condotte sarà affidata ad uno specialista chirurgo ostetrico, che percepirà, oltre lo stipendio, un assegno annuo di L. 1700. Scad. 28 febbraio.

MOLVENA (*Vicenza*). — Condotta piena. Popolazione 2653. Stipendio lordo L. 4300. Esonero dall'obbligo cavalcatura. Il concorso è prorogato a tutto il 15 febbraio.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). Condotta piena; L. 2200 e L. 100 quale uff. san. Scad. 10 marzo.

MOTTA MONTECORVINO (*Foggia*). — Condotta per poveri; L. 1450; tenuta armadio farmaceutico; L. 200 per servizio ufficiale sanitario; senza obbligo cavalcatura e senza zona malarica. Famiglie abbienti 469, povere 40. Non vi sono altri sanitari. Scadenza 28 febbraio.

ONCINO (*Cuneo*) — Condotta per poveri (50 circa); L. 2400. Scad. 28 febbraio.

PALIZZI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena pel centro e Pietrapennata; L. 3400 lorde e 3 sessenni. Compartecipazione sussidio governativo per la lotta antimalarica. Scad. 25 febbraio.

PASSIRANA DI LAINATE (*Milano*). — Direttore dell'Ospedale; L. 3450 nette, alloggio di dieci locali, quattro quinquenni. Scade 15 febbraio.

PELLA (*Novara*). — Condotta piena con Artò e Boleto; L. 3100 lorde e L. 300 se uff. san. Abitanti 1700 circa. Scad. 28 febb.

POLIGNANO (*Bari*). — Condotta; L. 1100 pei poveri; abitanti 8967 agglomerati e 1110 sparsi. Scode 28 febbraio.

ROSAZZA (*Novara*). — Condotta pei poveri; ab. 984; L. 1200 e L. 60 se uff san., lorde. Scad. mezzogiorno meno un quarto del martedì 25 febbraio.

RUBIANA (*Torino*). — È aperto il concorso a medico condotto per la cura dei poveri e uff. san.; L. 2000 pel 1913, L. 2200 pel 1914 e 3 sessenni del decimo nette. Preferiscesi chi assumerà subito servizio. Scad. 15 febbraio.

S. DANIELE (*Udine*). — A tutto 15 febbraio medico comunale e del civico Ospedale e manicomio succursale. L. 5000 nette da R. M. Se l'eletto sarà anche nominato Direttore dell'Ospedale e ufficiale sanitario avrà diritto a speciali compensi. A richiesta si spedisce avviso.

S. GERMANO CHISONE (*Torino*). — Consorzio sanitario con Pramollo e Inverso Porte. Popol. 3200. Per i poveri (non oltre il 10 %) stipendio L. 2000, più L. 250 quale uff. san. Scad. 20 febbraio.

SIZZANO (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1741; L. 3200 lorde e L. 200 quale uff. san.; alloggio; due sessenni. Scad. 25 febbr.

SOLTO (*Bergamo*). — Condotta consorziale; L. 4500, cura piena. Scade 15 febbraio.

SPEZIA. *Ospedale civile di Sant'Andrea*. — Il concorso al posto di chirurgo primario è prorogato fino al 15 febbraio 1913. Chiedere copia dell'avviso all'ufficio di segreteria.

TRAPANI — Direttore sanitario dell' *Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sieri-Pepoli*, da erigersi in Trapani; L. 4000 e abitazione. Laurea da almeno cinque anni; età minima 31 anni, massima 45 anni. Prova biennale. Scad. 31 marzo. Per chiarimenti dirigersi all'Ufficio di amministrazione via S. Michele, n. 13.

Chirurgo-Medico con 16 anni di pratica assumerebbe interinato lungo, preferibilmente vicino al mare.

Rivolgersi dott. Besson — Via Principe Umberto 7 — Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Fiorenzola (Piacenza), Cordenons (Udine).

La sezione di Tortona dell'A. N. M. C. insiste nella diffida di Villa Romagnano.

Il Consiglio direttivo dell'A. N. M C. di Arezzo, in completo accordo con la Camera sanitaria provinciale, delibera di boicottare il comune di Subiano.

Revoca di diffide: Paola, S Pietro Amantea e S. Domenica Taiao (Cosenza), Nibbiola (Novara), Contigliano (Perugia), Bertiolo e Moggio (Udine), Lombardone-Rivarossa (Torino), Coazzolo-Monastero Ciriè (Alessandria).

La Sezione Friulana dell'A. N. M. C. revoca il boicottaggio di Faedis a favore del dott. Jorio; mantiene la diffida.

Nomine, promozioni ed onorificenze.

LECCE. — Al posto di oculista primario nell'ospedale Civile è stato eletto per concorso il professor Pansini della R. Clinica Oculistica di Roma.

BOLOGNA. — Il dott. Ghedini Annibale è abilitato alla libera docenza in medicina operatoria. Il dott. Marchetti Giovanni è abilitato alla libera docenza in patologia speciale chirurgica.

Sono nominati i dottori: Pignatti Augusto, aiuto in anatomia patologica; Tabboni Luigi, assistente in anatomia umana.

CATANIA. — Il dott. Zurria Giovanni è abilitato alla libera docenza in patologia speciale chirurgica.

MILANO. — Il prof. Rossi Baldo è nominato, in seguito a concorso straordinario di traumatologia presso i RR Istituti clinici di perfezionamento.

MODENA. — Il dott. Sinigaglia Giorgio è nominato aiuto in patologia speciale chirurgica.

NAPOLI. — Il dott. Bianco Adolfo è abilitato alla libera docenza in otorinolaringoiatria.

PADOVA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Baratozzi Ugo, in patologia speciale medica; Cecca Raffaele in patologia speciale chirurgica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Congressi medici e istituzioni sanitarie negli Stati Uniti d'America.

Una recentissima missione affidatami dal Ministero della guerra mi ha fornito l'occasione di assistere a due importanti Congressi tenutisi l'uno a Washington l'altro a Baltimora, e di studiare alcune istituzioni sanitarie della città di Nuova York. Credo non sarà discaro ai lettori di questo giornale che io ne riferisca in quella misura però che il tempo e lo spazio disponibili e l'entità dei ricordi mi consentono. Per ora mi soffermerò sui congressi. In un'altra corrispondenza m'intratterrò sulle istituzioni sanitarie di Nuova York.

I. CONGRESSO INTERNAZIONALE DI IGIENE A WASHINGTON.

Il Congresso ebbe inizio il giorno 29 settembre con una seduta plenaria nel palazzo del *Pan American Union*, con presentazione e discorsi dei diversi delegati esteri fra i quali il nostro professor Pagliani. Le sedute si tennero, oltre che in questo palazzo, nell'attiguo *Continental Hall* e in una grande sala del Nuovo Museo nazionale (8ª sezione). Presidente onorario del Congresso fu l'allora presidente degli Stati Uniti W. H. Taft; presidente effettivo fu il dott. H. P. Walcott del Massachusett; segretario il dott. I. S. Fulton del Maryland. Funzionarono inoltre un Comitato di organizzazione ed un ufficio del Congresso. I delegati ufficiali dell'Italia furono il prof. commendator Pagliani, rappresentante il Governo e con esso il capitano medico della R. Marina dott. Serrati, ispettore regio dell'emigrazione a Nuova York; il dott. prof. Belli, maggiore medico della R. Marina, rappresentante il Ministero della Marina, ed il sottoscritto rappresentante il Ministero della guerra.

Il Congresso venne diviso in due grandi sezioni come appresso:

1ª Divisione. — *Igiene.*

Sezione I. Microbiologia e parassitologia applicate all'igiene.
» II. Igiene della nutrizione e fisiologia igienica.
» III. Igiene dei neonati e dell'infanzia. Igiene scolare.
» III*a*. Igiene della psiche.
» IV. Igiene del lavoro.
» V. Controllo delle malattie infettive.

Sezione VI. Igiene cittadina. Igiene degli Stati.
» VIa. Igiene sessuale.
» VII. Igiene del commercio e dei trasporti.
» VIII. Igiene militare e navale. Igiene tropicale.

2ª Divisione.

Sezione IX. Demografia.

Un riassunto dei lavori trattati e stampati in tre lingue venne abbondantemente distribuito; dal medesimo si può desumere quali importanti comunicazioni sieno state fatte nelle diverse sezioni. Con felice pensiero furono spesso riunite assieme quelle sezioni che più avevano attinenza fra loro, per es. la 1ª colla 5ª, la 1ª coll'8ª, la 4ª colla 9ª, la 5ª e la 6ª colla 7ª, ed in queste sezioni miste furono importanti le comunicazioni e le relative discussioni sulla poliomielite (per parte dell'Istituto medico governativo di Svezia venne offerto un bellissimo volume sulle ricerche relative alla paralisi epidemica infantile), sulla anchilostomiasi, sull'alcoolismo, sull'igiene dei trasporti, sull'organizzazione dei servizi sanitari nei diversi Stati. Noto fra i nomi di coloro che presero parte a questi lavori o inviarono memorie quelli del Netter, del Levaditi, del Landsteiner, del Flexner, del Römer, del Bertillon, del Serrati, del Perroncito, del Volpino, del Celli.

Fra i lavori più importanti della 1ª sezione citerò quelli sui germi filtrabili, sui mezzi colturali dei diversi microrganismi, sui bacilli paratifici, sulle amebe parassitarie, sull'anafilassi. Fra quelli della 2ª sezione citerò le comunicazioni sulla conservazione delle materie alimentari, sull'azione specifica dinamica degli alimenti, sui rapporti fra nutrizione e sviluppo (notevole la comunicazione del Rubner), sulle cure dietetiche, ecc. Nella 3ª sezione furono importanti i lavori sull'igiene dei lattanti, sull'ispezione sanitaria delle scuole, sull'igiene dei denti e degli orecchi nei bambini; nella 4ª le comunicazioni sulla fisiologia del lavoro e della fatica, sulle neurosi da fatica, sulle malattie del lavoro e di alcune industrie; nella 5ª i lavori sulla profilassi di speciali malattie infettive (malattie veneree, meningite cerebro-spinale, rabbia, ecc.), sui portatori di bacilli (lavori di Conradi, Ledingham, Iockmann, Norris, ecc.), sull'importanza degli insetti quali portatori di malattie infettive (lavori di Mesnil, Nuttal, Howard, ecc.), sul controllo della tubercolosi, sulle reazioni immunitarie; nella 6ª i lavori sull'igiene della città, sull'igiene delle acque e dei materiali di rifiuto, sull'igiene delle abitazioni; nella 7ª le comunicazioni sull'igiene delle ferrovie e dei battelli a vapore. L'8ª sezione trattò specialmente della profilassi delle malattie veneree nell'esercito e nella marina, dell'igiene degli accampamenti, della sterilizzazione dell'acqua destinata alle truppe in tempo di guerra, e si occupò molto dell'igiene delle navi. Il maggiore medico Belli della nostra marina lesse a questo proposito una importante comunicazione sull'igiene dei sottomarini. Interessanti comunicazioni furono anche fatte sulla profilassi antimalarica ed antiamarillica, sulla malattia del sonno ed in genere sulle malattie tropicali (spirillosi, bottone d'Oriente, framboesia tropicale, beri-beri, ecc.). Buona parte delle discussioni fu riservata al tema della vaccinazione antitifica, ed in questo tema si distinse molto il maggiore medico dott. Russel, direttore del laboratorio batteriologico della Scuola di sanità militare in Washington il quale, come si sa, prepara un suo speciale vaccino. Nella 9ª sezione unica di demografia vennero presentati lavori di indole tanto generale che speciale.

Furono tenute conferenze generali in diverse occasioni, e così il Rubner parlò della importanza dell'igiene e della demografia nell'indirizzo sanitario delle nazioni, l'Oliver parlò dell'igiene industriale, il Bertillon della mortalità e della causa di morte nelle diverse professioni, lo Zahn delle assicurazioni tedesche degli operai e della loro importanza dal punto di vista igienico-sociale e politico-sociale.

La seduta di chiusura ebbe luogo la mattina del 29 settembre nella stessa sala del *Continental Hall*. Durante le giornate del congresso si ebbero numerosi inviti e ricevimenti; nel pomeriggio del 23 settembre alla Casa Bianca e nella sera al palazzo del *Pan American Union*; nella sera del 26 al Nuovo Museo nazionale; alla sera del 27 al *Metropolitan Club*. Furono inoltre offerte ai congressisti bellissime escursioni: una sul fiume Potomac, una al monte Vernon per visitare la storica abitazione di Giorgio Washington, una ad Arlington con visita ad una aserma di cavalleria e relativo spettacolo di esercitazioni equestri.

Nelle vicinanze del Congresso era stata allestita una esposizione d'igiene degli Stati Uniti, comprendente parecchie sezioni, le principali delle quali erano: una sezione scolare, una sezione di igiene pubblica generale, una riflettente la difesa igienica contro le epidemie, una relativa alla organizzazione sanitaria dei principali Stati dell'Unione Nord-Americana, una d'igiene militare e navale. In complesso era una esposizione tendente a dimostrare i progressi igienici compiuti in questi ultimi anni dagli Stati Uniti.

Molto interessante era l'esposizione relativa alla educazione dell'infanzia. Debbo notare a questo proposito che somma è la cura che la Confederazione Nord-Americana mette nell'igiene delle

scuole e in tutto ciò che si riferisce allo sviluppo fisico dei cittadino a cominciare dal suo stato di lattante, seguendolo man mano fino a quando adolescente lascia le scuole inferiori. Tutto è rivolto a renderlo robusto, resistente alle fatiche. L'allenamento progressivo agli esercizi fisici è curato in modo notevole. Allo sviluppo delle forme, alla buona funzionalità dei diversi organi si pone attenzione costante ed energica. E così l'esposizione scolare faceva vedere i mezzi usati per la igiene dell'infanzia, non esclusa l'igiene dentaria alla quale anzi era data un'importanza tutto affatto speciale.

Una larga parte era riserbata all'esposizione dell'organizzazione sanitaria nelle capitali dei diversi Stati dell'Unione e alla difesa delle malattie infettive. Washington, Baltimora, Filadelfia, Boston, New York avevano fatto a gara per presentare tavole, grafici, diagrammi, modelli, pubblicazioni di ogni specie. Una sezione speciale destinata alla profilassi di alcune speciali malattie infettive comprendeva le opere antitubercolari, la difesa contro il tifo, contro il vaiuolo, il colera, la peste, la febbre gialla. Fotografie, piani, pubblicazioni importantissime si riferivano al risanamento del Panama e a quello di Cuba. Una altra sezione speciale si riferiva all'esame batteriologico delle acque, agli apparecchi pel controllo dei sieri e per la prova di alcune reazioni immunitarie; in essa erano esposte fotografie e modelli di istituti vaccinogeni e sieroterapici, campioni di vaccini e sieri, una interessante raccolta di colture di diverse specie di spirochete secondo il metodo del Nogoucki.

Anche l'esposizione d'igiene navale e militare presentava alcune cose interessanti relative alla igiene delle vesti e delle calzature, alle disinfezioni con formaldeide applicate agli abiti e agli oggetti letterecci, alla depurazione delle acque col gas cloro e con altri mezzi. In questa sezione vedevasi anche un ospedale da campo per 72 letti completamente montabile in 6 ore bene provvisto di tutto l'occorrente anche nei riguardi igienici.

In complesso Congresso ed esposizione ebbero ottima riuscita, il che va a lode del Comitato organizzatore. Debbo del resto dichiarare che in fatto d'igiene il popolo americano è certamente, anche per un senso assai sviluppato di educazione individuale, ad un posto assai elevato in confronto ad altri paesi, e ne dànno ragione, anche nella città di Washington, la pulizia, l'ordine, le condizioni sanitarie ottime, come anche la quantità di istituzioni sanitarie degne di esser visitate, quali il magnifico istituto della Sanità pubblica che molti congressisti ebbero campo di visitare e di ammirare.

II. - CONGRESSO MEDICO MILITARE DI BALTIMORA.

È da sapersi che nel 1891 per iniziativa del chirurgo Senn venne costituita l'Associazione dei chirurghi militari degli Stati Uniti la quale comprese dapprima pochi membri della così detta guardia nazionale, ed in seguito si estese ai corpi sanitari dell'esercito, della marina e della Sanità pubblica (la quale è in parte militarizzata). Questa Associazione assai benemerita tenne d'allora in poi parecchie riunioni in diverse città dell'Unione alle quali furono invitati i delegati delle nazioni straniere. Nel 1909 la riunione (*meeting*) fu tenuta a Washington. In quest'anno fu tenuta a Baltimora.

Il Comitato direttivo dell'Associazione, coadiuvato da un Comitato di ricevimento composto di ufficiali medici e di medici civili della città, ebbe in questa occasione anche la direzione dei lavori generali del convegno e fu costituito dal medico capo dei servizi sanitari navali C. P. Wertenbaker presidente, dal medico della marina W. C. Braisted vicepresidente, dal secondo vicepresidente brigadiere generale E. Adams della guardia nazionale dell'Illinois, dal terzo vicepresidente tenente colonnello medico dott. Kean, dal segretario maggiore medico C. Lynch, dal maggiore H. A. Arnold della guardia nazionale della Pensilvania tesoriere, dall'assistente segretario dottore T. H. Richard del corpo sanitario della marina.

Il mattino del 1° ottobre fu destinato al disbrigo di affari interni dell'Associazione. Dalle 9 antimeridiane alle 4 pomeridiane rimasero a disposizione dei convenuti per una eventuale loro visita l'Università e la Clinica medica, il magnifico J. Hopkins Hospital. Alla sera vi fu ricevimento del presidente nel grande salone da ballo dell'Hôtel Belvedere.

Nella mattinata e nelle ore pomeridiane del giorno seguente furono trattati diversi argomenti i principali dei quali si riferirono alla profilassi delle malattie veneree, alla disinfezione dei campi, alla incinerazione dei materiali di rifiuto, alla determinazione della potabilità delle acque nei campi temporanei durante le marce e le manovre, all'igiene nei tropici, all'influenza che le epidemie campali hanno avuto nella espansione geografica, nella storia, nella politica e nella polizia sanitaria degli Stati Uniti, alla esclusione dei deficienti dal servizio militare. Molto interessante fu la dimostrazione dell'apparecchio presentato alla esposizione di Washington dal Munson sulla disinfezione gasosa nei campi degli abiti e degli oggetti letterecci. La sera, con gande solennità e collo

intervento di S. E. il governatore del Maryland, dopo numerosi ed applauditi discorsi del presidente dell'Associazione, del segretario, di S. E. il governatore, fu svolta la cerimonia della consegna ai delegati esteri della insegna costituita da una elegante e ricca medaglia col motto scritto sullo smalto: *omnia pro patriae caritate.*

Il mattino del giorno 3 fu dedicato specialmente a lavori di organizzazione e di amministrazione militare. Interessanti furono alcune relazioni sulla organizzazione del servizio sanitario sia in pace che in guerra nell'esercito e nella marina. Alle 1 pomeridiane, invitati dalla presidenza del Convegno, con un treno espresso fummo condotti ad Annapolis per visitarvi l'Accademia navale veramente splendida pei suoi numerosi, ricchi e vasti fabbricati, per i musei importantissimi relativi all'arte della navigazione e all'armamento delle navi, per le immense palestre ginnastiche, per la sua splendida posizione sul Severn River nella baia di Chesapeake. Interessante fu anche la visita alla città, l'antica capitale degli Stati Uniti prima che questa fosse stabilita a Washington dove ammirasi l'antica sede del governo centrale colle sue camere del Senato e cogli storici ricordi di G. Washington.

La seduta mattinale del giorno 4 fu riserbata alle comunicazioni di medicina e di chirurgia. Noterò fra esse un lavoro sui progressi della medicina e della chirurgia, sul servizio sanitario delle navi, uno sulla tubercolosi polmonare ed altri sull'ascesso del fegato, sulle ferite dell'addome, sul trattamento operativo delle fratture, sull'anestesia coll'etere (insufflazione tracheale). La sera vi fu un ricevimento con ballo nella grande caserma del 4° Reggimento e chiusura del Congresso.

Durante gli intervalli liberi fra le sedute ebbero campo i congressisti di visitare parecchie istituzioni scientifiche e sanitarie della città, e Baltimora fu in questa occasione all'altezza della sua fama come città eminentemente ospitaliera e gentile tanto che i suoi cittadini fecero a gara nello usare cortesie. Molti medici civili ed altri della Guardia Nazionale si misero a disposizione dei congressisti per esser loro di guida nella visita delle principali istituzioni cittadine.

L'Università (*Johns Hopkins University*) fu fondata nel 1873 da John Hopkins ricco commerciante di Baltimora. È una delle più frequentate degli Stati Uniti. Possiede grandi laboratori splendidamente organizzati e molto ricchi di materiale di studio; ha una biblioteca di più di 100,000 volumi.

Il *Johns Hopkins Hospital* fu fondato anche esso da J. Hopkins. È un assieme di fabbricati a due o tre piani in pietra rossa, il materiale di costruzione più in uso nella città di Baltimora e in molte altre città degli Stati Uniti, collegati con passerelle e ponti in ferro, con servizi perfettamente divisi, con laboratori ben provvisti per ogni sezione medica e chirurgica. La grandiosità dello stabilimento, la buona distribuzione dei locali, la perfetta osservanza della igiene nelle sale per ammalati, il servizio inappuntabile per parte delle *nurses* assai bene istruite le quali seguono corsi speciali, l'osservanza della più scrupolosa nettezza che domina dappertutto, l'abbondanza dei mezzi di cura e di assistenza degli ammalati, la perfetta installazione dei bagni, delle latrine, delle cucine, della lavanderia, ne fanno uno dei più celebri ospedali degli Stati Uniti ed uno dei più rinomati anche fuori d'America. Attualmente sono anche in corso dei grandiosi lavori per la costruzione di un padiglione per ricovero dei malati di mente. Come centro di studio quest'ospedale è anche importantissimo giacchè fornisce il materiale alla pubblicazione di un giornale medico molto reputato.

La città di Baltimora possiede anche altri ospedali ed istituti scientifici, e fra essi gode molta fama il Collegio dei chirurghi dentisti. Un ospedale importante e meritevole di esser visitato è anche il *Shepperd and Enoch Pratt Hospital*, un magnifico asilo per malati di mente il quale trovasi a sei miglia circa a nord di Baltimora alla quale è legato per mezzo di ferrovia elettrica. Molto accreditato è l'Ufficio sanitario municipale il quale ha alla sua dipendenza anche un ospedale, il *Sydenham hospital*, per la cura delle malattie infettive. L'igiene pubblica è molto sviluppata: magnifici e numerosi sono i bagni pubblici; le scuole sono modello del genere.

TESTI.

NOTIZIE DIVERSE

Il XII Congresso nazionale di idrologia, di climatologia e di terapia fisica.

Il Congresso di Napoli nella sua ultima seduta proclamava, con voti pressochè unanimi, a sede del XII Congresso la città di Palermo. Al telegramma, spedito dal senatore prof. De Renzi, presidente del Congresso di Napoli, rispondeva immediatamente il sindaco di Palermo con una cortesissima lettera, nella quale, ringraziando a nome della cittadinanza, manifestava il suo vivo compiacimento e si dimostrava orgoglioso della scelta fatta. Palermo accoglierà festosa i congressisti che per la prima volta si raduneranno in Sicilia, portando nell'isola dagli orizzonti pieni di poesia, dal cielo eternamente sereno, dalle memorie storiche le più gloriose, dalla ricchezza idrologica la più esuberante, la loro esperienza di studiosi, il loro vivo desiderio di conoscere i tesori naturali

di tutta quella parte d'Italia, il tributo del loro affetto di fratelli.

Il Congresso sarà diviso in sezioni.

Al Comitato ordinatore locale sarà affidato il compito difficile della preparazione materiale del Congresso, ma la parte morale informatrice sarà esclusivamente lasciata all'iniziativa del Consiglio della Società italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

Il Congresso di Palermo sarà il primo ad avere questo speciale carattere, che tendono ad assumere ormai tutti i Congressi scientifici.

IV Congresso internazionale di terapia fisica.

È convocato a Berlino dal 26 al 30 marzo 1913.

Il Comitato italiano di propaganda è presieduto dal prof. Guido Baccelli; ne è segretario generale il prof. Carlo Colombo; ne fanno parte illustri personalità. Compito del Comitato sarà quello di preparare una degna partecipazione dei colleghi italiani al suddetto Congresso.

La lingua italiana è fra quelle ufficiali.

L'Istituto delle malattie professionali di Genova

riprende i suoi corsi, ai quali possono inscriversi tutti i laureati in medicina, cui sarà rilasciato un diploma degli studi fatti a fin d'anno scolastico. Le inscrizioni si ricevono presso l'Economato dell'Università. Ecco l'elenco delle materie e degli insegnanti: Igiene del lavoro (Canalis), Batteriologia in relazione alle malattie professionali (Zirolia), Patologia medica delle malattie professionali (Tedeschi), Patologia chirurgica delle malattie professionali (Maragliano), Medicina legale delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro (Perrando).

Scuola chirurgica Lombarda di perfezionamento.

Anche quest'anno si riapriranno col 1° marzo, presso la R. Università di Pavia, i corsi della Scuola chirurgica Lombarda di perfezionamento, fondata dal prof. Tansini, direttore della Clinica chirurgica operativa.

La scuola entra nel suo IX anno di vita. È sempre stata frequentata da numerosi allievi. Essa dispone di 160 letti, concorrendo al suo funzionamento, oltre la Clinica chirurgica generale e l'Istituto di Patologia chirurgica, tutta la Divisione chirurgica ospitaliera.

I corsi che vengono impartiti sono i seguenti: Clinica chirurgica generale, prof. Tansini; Clinica operativa, prof. Tansini; Dimostrazioni di patologia speciale chirurgica, prof. Perez; Semeiotica chirurgica, prof. Losio; Traumatologia, prof. Predieri; Esercitazioni di medicina operatoria, prof. Masnata; Malattie settiche, prof. Legnani.

Per l'iscrizione occorre presentare entro il febbraio domanda in carta semplice al Direttore della scuola, e per essere ammessi ai corsi devesi presentare la quietanza del pagamento di lire 50 da farsi presso l'economo della R. Università.

Il primo corso di medicina sociale

nella R. Università di Napoli sarà iniziato dal prof. Giuseppe Tropeano, il dieci febbraio, nel R. Istituto di Patologia Medica, con una prolusione sul seguente tema: Definizione e limiti della medicina sociale.

Saranno distribuiti gratuitamente agli studenti i riassunti delle lezioni. Allo scopo d'informare largamente gli studenti medesimi sul contenuto della nuova disciplina, sarà loro offerto in omaggio durante l'anno scolastico il giornale « La medicina sociale ».

Per l'educazione fisica.

Con recente decreto reale è stata istituita, presso il Ministero della pubblica istruzione, una Commissione reale per la educazione fisica. Avrà il compito di studiare e proporre, su richiesta del ministro, le riforme che si riterrà opportuno di introdurre nell'ordinamento governativo dell'educazione fisica nelle scuole, di avvistare i mezzi più acconci per incoraggiare ed aiutare le iniziative di enti pubblici e privati, di dare pareri, su richiesta del ministro, in materia di educazione fisica.

La Commissione è composta di undici membri.

Nuovi giornali.

La « Rivista Sanitaria Siciliana » si propone di dare alla famiglia sanitaria della Sicilia vera coscienza di sè e della sua missione nella civiltà contemporanea. Sarà un organo di classe combattivo, non legato a persone od a fazioni.

Si considera quasi un corollario del riconoscimento giuridico, il quale ha attuato in modo coercitivo l'organizzazione sanitaria.

Pubblicherà anche articoli scientifici e notizie varie.

Sarà redatto dai dottori R. Guardione, F. Salpietra e S. Piazza. Uscirà due volte al mese.

Il primo fascicolo risponde bene al programma. Auguri.

Beneficenza.

Il noto e benemerito industriale comm. Teresio Borsalino di Alessandria ha regalato la somma di un milione all'ospedale della sua città, perchè si possa provvedere a riordinarlo.

L'11 gennaio è morto a 81 anni in Bonn il prof. **Carlo Binz**.

Per 45 anni aveva diretto l'Istituto Farmacologico dell'Università renana; da 5 anni aveva dovuto rinunziare all'insegnamento, colpito dai limiti di età.

Le discipline mediche gli debbono molti studi farmacodinamici accuratissimi, sulla chinina, l'arsenico, l'iodio, gli olii eterei, l'alcool, ecc.

I suoi « Grundzüge der Arzneimittellehre » hanno avuto la gloria di quattordici edizioni e sono stati vôlti in sette idiomi.

Ha educato alla scienza molti scolari che oggi coprono numerose cattedre nelle Università tedesche.

Era un carattere nobile, un uomo di cuore.

È morto a Torino il 25 gennaio l'ing. **Carlo Losio**, membro del Consiglio Superiore di Sanità.

Rassegna della stampa medica.

« Deut. Med. Woch. », 12 dic. Veraguth. Le basi della psicoterapia. — Bacmeister e Rueben. Le tubercolosi « secondarie ». — Beyer. Ricerche sulle antitossine in malati di difteria. — Koch. Il bacillo della difteria nell'urina. — Uffenteimer. Tossicità urinaria e anafilassi.

« Arch. Intern. de Pharmacodynamie et de Thér. ». 3 aprile. Michels. L'influenza della febbre nella produzione degli anticorpi. — Yagi. L'azione antitetanica dei sali di calcio. — Zappelli. Influenza del bromuro di sodio sul ricambio purinico.

« Malaria », dic. Rizzuti e Scordo. Ricerche batteriologiche e sierodiagnostiche nel tifo esantematico. — Gabbi. Sulla identità della Leishmania infantum e Donovani.

« Gazz. Med. It. », 12 dic Sinigaglia. Ulteriori osservazioni sul cimurro.

« Rev de Méd. », 10 dic. Nimier H. e A. Alcune manifestazioni sintomatiche della paralisi facciale periferica. — Courmont, Savy e Mazel. Melitococcia prolungata nella regione Lionese. — Cecikas. Sull'eredità patologica.

« L'Encéphale », 10 dic. Claude. La meningo-encefalite sifilitica acuta dei tabetici. — Maillard. Disturbi d'apparenza miotrofica nella malattia di Parkinson.

« La Crónica Méd. », 10 dic. Carbonero. Il Congresso spagnuolo internazionale della tubercolosi. — Palcos. L'attività creatrice nella gioventù e nella vecchiezza.

« The Boston M. a. S. Journal », 12 dic Brown. Sulle aberrazioni alimentari.

« Arch. f. Rettungswesen und erste ärztliche Hilfe », 1 (4 dic.). v. Kovách. I progressi nella tecnica del pronto soccorso. — Micke. La profilassi degli infortuni nei trasporti. — Jellinek. Il soccorso negli accidenti elettrici.

« Annals of trop. Med. a. Hyg. », dic. Simpson. Il metabolismo dell'emoglobina nella febbre malarica. — Thomson, M. Jellan e Ross R. Coltivazione *in vitro* del « Plasmodium falciparum ».

« Rev. de Chir., 10 dic. Leriche e Cotte. La colecistectomia a caldo nelle colecistiti calcolose acute. — Johansson Sulla periepatite biliosa. — Chalier e Bonnet. I tumori melanici primitivi del retto.

« La Rif. Med. », 14 dic. Fornaca e Lanza. Sull'olio canforato per via ipodermica. — Bandi. Sulla bilharziosi venosa.

« Pensiero Med. », 15 dic. Clivio. A proposito della cura delle emorragie uterine ostetriche.

« La Prov. Méd. », 14 dic. Luton. Tubercolosi e sali di rame.

« Paris Méd. », 14 dic. Gilbert e Villaret. Le modificazioni quantitative dell'urina durante le malattie del fegato. — Hirtz. Le aortiti coniugali. — Etienne e Perrin. Sulla definizione delle artropatie nervose.

« Revue Neurol. », 15 dic. Guillain. Sindrome di Brown-Séquard. — Grenet e Loubet. Segni organici della chorea di Sydenham.

« Zbl. f. Chir. », 14 dic. Lengemann. Sostituzione col cieco della vescica urinaria estirpata.

« Zbl. f. inn. Med. », 14 dic. Lehnerdt. Rivista generale di pediatria.

« Le Bull. Méd. », 14 dic. Pinard. Sull'eugenetica.

« Brit. Med. Journ. », 14 dic. Simon. Sulla cardiolisi. — E. H. Ross. Parassita endocellulare che si evolve in spirochete. — Jenning, Moulgavkar. I parassiti repertati recentemente nella sifilide. — Hobhouse. Il salvarsan nell'anemia perniciosa.

« The Lancet », 14 dic. Wright e Morgan. Farmacoterapia dell'infezione pneumococcica. — Lillington. Sul trattamento pneumotoracico della tisi.

« Gazz. d. Osp. », 12 dic. Sivori, Corradi e Caffarena. Sierodiagnosi echinococciche. — 15 dic. Trevisani. Sul siero di sangue e sul liquido cefalorachidiano di epilettici. — Bozzolo e Alvarri Del Frate. Di alcune forme di meningite.

« La Belg. Méd. », 15 dic. Van Duyx. Problemi fondamentali nello studio dei tumori.

« Le Progrès Méd. », 14 dic. Hirtz e Braun. Effetti dell'operazione di Freund sulla circolazione cardiopolmonare negli enfisematosi. — Lereboullet e Faure-Beaulieu. I metodi endo-bronchiali nel trattamento della gangrena polmonare.

« Journal d'Urol », 15 dic. Martinet. Coefficiente ureo-secretorio. — Hourtoule. Rene mobile e appendicite. — Roncayrol e Renaud-Badet. Sulle uretriti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 16 febbraio 1913 Fasc. 7

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Paranoia e sindromi paranoidi.

Prof. VASCO FORLÌ

La distinzione clinica fra pazzia del sentimento e pazzia della ragione è dovuta essenzialmente al Lasègue, da cui vennero magistralmente descritti i deliranti di persecuzione non malinconici, i quali si ritengono vittime innocenti dell'altrui malvagità. In seguito ai lavori di Griesinger, Snell ed altri la dottrina dei deliri sistematizzati primordiali (1) fu definitivamente costituita, e in breve venne quasi universalmente accettata (almeno in Italia e in Germania) la denominazione di paranoia per indicare questa forma morbosa.

Ma più tardi il significato del termine paranoia venne esteso a tutte le forme di alienazione mentale in cui prevalevano i sintomi a carico della sfera intellettiva. Si parlò allora di paranoia semplice e di paranoia allucinatoria; si distinsero forme acute, subacute e croniche; si contrappose alla pazzia primitiva sistematizzata (paranoia primaria) una paranoia secondaria, comprendente i deliri slavati, illogici, non di rado addirittura assurdi, i quali com-

(1) L'appellativo di *primordiale* va inteso in senso clinico, in quanto cioè si riferisce alla indipendenza attuale dei deliri da stati affettivi immediati, intensi e durevoli. Dal punto di vista psicogenetico è invece assai verosimile che il delirio — errore di giudizio che non valgono a correggere nè la critica nè la esperienza comune — abbia origine essenzialmente da stati sentimentali anormali in rapporto con la vanità, l'orgoglio, la diffidenza, la paura, ecc.

paiono tardivamente negli alienati non guariti. Si ritenne allora sufficiente a giustificare la diagnosi di paranoia la constatazione di idee deliranti (di persecuzione e di grandezza) più o meno fisse in infermi che non presentavano disordini nella sfera affettiva; e il numero dei cosiddetti paranoici crebbe quindi notevolmente nei manicomi, fino a rappresentare una percentuale altissima dei ricoverati (secondo Weigandt il 70-80 %)

Poco a poco però si fece strada il concetto che la paranoia, intesa in senso così lato, non poteva venire considerata come un'unica entità morbosa (Tanzi e Riva, Morselli e Buccola, Kräpelin, ecc.); e si rilevarono allora le differenze cliniche esistenti tra i varî infermi deliranti, differenze che giustificano divisioni e suddivisioni nel grande gruppo delle forme morbose paranoiche e paranoidi.

Oggi la denominazione di paranoia si applica solo a forme morbose a decorso lento e continuo, in cui esiste un delirio sistematizzato, non accompagnato da alcun disturbo della coscienza, la quale rimane lucida. La affezione può iniziare nella prima gioventù o manifestarsi più tardivamente, verso i 30-40 anni; una volta costituitasi, essa resta pressochè immutata per molti anni, e non ha mai esito in guarigione nè in completa demenza; d'ordinario però, con l'andare degli anni e, in generale, in rapporto con il sopravvenire della senilità, si rende evidente un certo indebolimento mentale.

La malattia inizia con un senso di inquietudine, di diffidenza; il paziente non è contento della sua sorte, si sente estraneo all'ambiente in cui vive e che « non lo comprende »; grado a grado, i suoi rapporti con i familiari e gli amici divengono freddi, talora addirittura ostili. Piccoli avvenimenti vengono allora interpretati in maniera eccessiva o addirittura falsa; ogni parola, ogni gesto, ogni sguardo rivela all'infermo che esiste un accordo segreto contro di lui; ovunque vi è gente che lo spia; a lui alludono le osservazioni dei passanti, gli articoli dei giornali, le prediche dei parroci; egli, insomma, è divenuto oggetto di una continua persecuzione da parte del governo, degli anarchici, dei massoni, dei gesuiti. Accanto a queste idee deliranti di persecuzione si sviluppano idee di grandezza: il malato ha un concetto esagerato della propria persona, si considera uomo di genio, inventore, artista, scienziato; crede di essere destinato a grandi cose; e non di rado giunge ad affermare che egli non appartiene alla famiglia in cui ha sempre vissuto, ma che discende da stirpe nobile o addirittura regale. In questo stato il paziente è in grado di esporre particolareggiatamente, e senza errori nella logica formale, quali sono le cause della trama, del complotto ordito contro di lui, e quali i mezzi di cui i nemici si servono per impedire che trionfino i suoi diritti, che si realizzino i suoi ideali (delirio sistematizzato). Questo è il tipo della paranoia persecutoria; ma esistono anche casi in cui il delirio ha carattere erotico o religioso. E, al difuori del manicomio, non è raro imbattersi in paranoici con delirii di ordine teorico, astratto, impersonale; in soggetti cioè i quali si affermano filosofi, matematici, sociologi, riformatori; affrontano la discussione dei più ardui quesiti, asseriscono di aver risolto il problema del moto perpetuo, ecc.

Ridotta a questi limiti, la paranoia rappresenta una malattia piuttosto rara, tanto che, nelle statistiche manicomiali, essa comprende appena l'1 % dei casi (Kräpelin). Ma, come poco innanzi si è accennato, molti paranoici con delirio impersonale vivono al difuori del manicomio, e non mostrano caratteri di pericolosità.

La maggior parte dei malati mentali in cui si manifesta un durevole delirio di persecuzione appartiene alla *forma paranoide della demenza precoce*. In questi infermi, a differenza di quanto accade nei veri paranoici, l'indebolimento mentale si svolge rapidamente e raggiunge un grado assai spiccato. Ma questo indebolimento presenta un aspetto speciale, giacchè il carattere fondamentale della demenza precoce è costituito dalla incoerenza, dalla perdita dell'unità interna fra intelligenza, sentimento e volontà (dissociazione schizofrenica). Da ciò deriva un disordine nel contegno e nella condotta, sì da aversi in questi una impronta di stranezza, di contraddizione, di imprevedibilità e incomprensibilità psicologiche (Stransky). Il Brugia va ancora più in là; egli ammette non solo una dissociazione, una discordanza tra vita intellettiva e vita affettiva, ma una discontinuità, una disgregazione universale che va dalla rappresentazione delle cose esterne alla reviviscenza delle impressioni, all'esercizio della vita organica, alla vita affettiva, alla energia sensomotoria. I delirii dei dementi paranoidi sono

incoerenti e instabili; fra le idee deliranti di persecuzione dominano quelle di influenzamento somatico a mezzo della elettricità, ipnosi, telepatia, spiritismo, ecc., per mezzo delle quali forze occulte si domina il corpo, si procede alla lettura ed alla estrazione del pensiero; i deliri grandiosi sono assurdi, mostruosi e in contraddizione con il contegno e con la condotta. Le allucinazioni sono frequenti e numerose; un fatto questo importantissimo dal punto di vista diagnostico, giacchè ormai tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere che nei veri paranoici, mentre sono frequenti le illusioni sensoriali, le allucinazioni sono invece per lo meno rarissime.

Non bisogna però credere che sia facile di tracciare, anche solo teoricamente, il limite fra paranoia e demenza precoce paranoide. Il Kräpelin, il quale tanto validamente contribuì al trinfo del concetto di limitazione della paranoja — concetto che ha avuto anche in Italia strenui e valenti sostenitori (Tanzi e Riva, Morselli e Buccola) — assegnò certo alla demenza paranoide una ampiezza eccessiva, sì da sollevare le critiche di numerosi psichiatri. Inoltre fu notata la esistenza di casi i quali non potevano rientrare nè nell'una, nè nell'altra delle malattie suddette, ma che dovevano invece venire ascritti ad una forma morbosa intermedia « che non è la paranoia pura per la mancanza della lucidità, della coordinazione e della sistemazione del delirio; e non è la demenza paranoide, perchè non si arriva mai al vero stato demenziale » (Tamburini). Per questa forma intermedia il Tamburini proponeva il nome di *parademenza con delirio paranoide*, o più semplicemente di *psicosi paranoidea*. Assai recentemente il Kräpelin ha anche esso adottato il concetto della forma morbosa intermedia; ma ha preferito denominarla *parafrenia*, distinguendo in essa quattro varietà: la sistematica, la espansiva, la fantastica e la confabulante.

Ma anche in altre malattie mentali completamente diverse dalle precedenti possono apparire, per un tempo più o meno lungo, idee deliranti di persecuzione e di grandezza. E occorre che di ciò sia edotto il medico, tanto più che molte fra queste psicosi comportano una prognosi assai più favorevole di quanto non accada per le forme innanzi descritte.

La *frenosi maniaco-depressiva* è una malattia assai frequente, caratterizzata dal presentarsi di accessi di eccitamento o di depressione isolati, ripetuti e alternati, e anche di accessi misti. Nel corso di questa malattia possono sorgere idee deliranti sistematizzate di persecuzione; tuttavia qui il delirio non è stabile, ma si modifica, specie per l'azione di stati affettivi. Inoltre sarà d'ordinario facile allo psichiatra esperto riconoscere i segni dell'arresto o dell'eccitamento psicomotorio, e rilevare come la condotta venga influenzata assai più dalle condizioni affettive che dalle idee deliranti. Infine la osservazione prolungata dimostra che questi casi (i quali certo contribuirono alla formazione del concetto di paranoia acuta) terminano o con la guarigione o con una modificazione evidente del delirio, talora anzi addirittura col passaggio ad un quadro tipico di eccitamento o di depressione.

In soggetti degenerati si svolgono talora, favoriti da cause occasionali riconoscibili (p. es. l'abuso di alcoolici), stati deliranti transitori a contenuto persecutorio, grandioso o mistico (*deliri d'emblée* di Magnan). Secondo il De Sanctis, in questi infermi le idee deliranti scaturirebbero dal subcosciente, e probabilmente dal sogno.

Lo svolgersi di quadri paranoidi non è raro nell'età avanzata. Un piccolo numero di questi casi appartiene alla forma che il Kräpelin ha descritto col nome di *delirio presenile di nocumento*. Si tratta qui sempre di donne fra il 50° e il 55° anno di età, le quali presentano idee varie e mutevoli di danno, aumento della eccitabilità emotiva e debolezza del potere critico, senza che mai si giunga ad una accentuata demenza. Di gran lunga più frequente è il *delirio senile di persecuzione*, il quale si svolge in modo subacuto o cronico verso i 70 anni, e colpisce a preferenza il sesso femminile. Qui le idee deliranti sono poco numerose e non subiscono ulteriore elaborazione; le allucinazioni, e più ancora le illusioni, sono piuttosto frequenti; la reazione emotiva è scarsa; è sempre rilevabile l'indebolimento mentale.

Sindromi paranoidi possono anche venir determinate da cause esterne. Va qui anzitutto tenuto conto delle intossicazioni, e specialmente della intossicazione alcoolica. Appunto la *allucinosi alcoolica acuta*, insieme con le sindromi paranoidi della frenosi maniaco-depressiva, di cui più innanzi abbiamo fatto cenno, e con i deliri d'*emblée* di Magnan costituisce la para-

noia acuta di taluni autori. Numerose forme di passaggio collegano la allucinosi alcoolica acuta con la *paranoia alcoolica cronica.* In quest'ultima forma si ha un delirio persecutorio con tendenza alla sistematizzazione: gli infermi si sentono circondati da nemici che li insidiano, si accorgono che la moglie partecipa al complotto, ecc.; e spesso esprimono idee di influenzamento somatico (essi vengono ipnotizzati, magnetizzati; si succhia loro lo sperma ecc.). Frequenti sono le allucinazioni, specie le uditive, a contenuto derisorio, ostile, minaccioso. Più o meno evidente, ma costante, è l'indebolimento mentale: un indebolimento il quale per i suoi caratteri somiglia tanto a quello dei dementi precoci, che Gräter ha sostenuto trattarsi in questi casi di un'associazione dell'alcoolismo con la *dementia praecox.* Anche la *intossicazione cocainica* può dar luogo a sindromi paranoidi acute e croniche, caratterizzate da idee deliranti di persecuzione e di gelosia, da allucinazioni visive di oggetti piccolissimi, e da uno stato di eccitamento volitivo che è simile a quello dell'alcoolismo acuto, ma che non si riscontra nell'alcoolismo cronico.

Sembra accertata la esistenza di *forme paranoidi tossiche di origine luetica.* Si avrebbe qui un delirio di persecuzione uniforme e poco elaborato; spesso si aggiungono idee di grandezza e allucinazioni uditive; la condotta si mantiene ordinata. In questi casi, oltre ad aversi la reazione di Wassermann nel sangue, si riscontrano d'ordinario evidenti sintomi somatici della lues. Accanto a queste forme vanno menzionate le *psicosi tabetiche,* le quali si presentano spesso con quadri paranoidi, a decorso acuto o cronico. Le forme acute somigliano molto alle psicosi alcooliche, specie per l'abbondanza dei disturbi psicosensoriali (illusioni e allucinazioni); ma se ne differenziano perchè presentano sovente, in luogo del caratteristico umorismo dei bevitori, stati di depressione e di ansia. In genere si tratta di stati morbosi non eccessivamente gravi e di breve durata; sicchè è raro che essi portino alla necessità di un internamento al manicomio o in una casa di salute per alienati. Nelle forme croniche si hanno idee deliranti sistematizzate di persecuzione e di grandezza; i dolori e le parestesie, così frequenti nei tabetici, forniscono argomento a idee di influenzamento somatico.

Altre forme paranoidi di origine esogena sono quelle che si svolgono in seguito a cause psichiche. L'elemento etiologico fondamentale è qui rappresentato dai turbamenti emozionali. Quale esempio frequente e caratteristico dell'importanza che hanno tali turbamenti emotivi, vengono citate le psicosi che si svolgono *nei reclusi.* Però occorre subito notare, a proposito di queste psicosi, che la malattia poteva gia esistere al momento dell'arresto; che può trattarsi di comuni psicopatie, svolgentisi indipendentemente dalla reclusione; che infine non si può astrarre dalla possibilità di una simulazione di malattia. Nelle forme tipiche, legate al fattore emozionale della prigionia, si avrebbero due modalità diverse. Talora predomina nel quadro morboso, l'odio contro i carcerieri e la preoccupazione per l'avvenire; si svolgono allora idee deliranti di nocumento, insorgono allucinazioni a carattere terrifico, si manifestano, di tratto in tratto, stati confusionali, durante i quali gli infermi credono di venir sottoposti a violenze e a maltrattamenti. Talora, invece, predomina il concetto elevato della propria personalità; e allora gli infermi — anche se rei confessi — affermano la loro innocenza, giurano esser vittime di intrighi, accusano di falso i testimoni che hanno contribuito alla loro condanna; qualche volta essi credono di essere stati graziati, e domandano insistentemente di esser lasciati liberi, affermando perfino che è già stato provveduto ad assicurare loro i mezzi di sussistenza per l'avvenire. Il tratto comune a tutte queste forme è che le idee deliranti rimangono limitate alla ristretta cerchia riguardante la prigionia del soggetto. Finchè questa dura, la guarigione è impossibile: ma quando l'infermo torna alla libertà, si ha o la guarigione, o almeno l'impallidire del delirio, che viene a perdere ogni influenza sulla condotta del paziente.

Un gruppo speciale formano, tra le psicosi da causa psichica, i quadri paranoidi che si svolgono in individui affetti *da diminuzione dell'udito.* Si ha qui una accentuazione di quel senso di incertezza e di diffidenza che è assai spesso rilevabile nei sordi. I pazienti credono di essere osservati, sorvegliati, derisi; soffrono spesso anche di allucinazioni uditive; non presentano disturbi gravi nel contegno e nella condotta, perchè possono anche continuare ad

attendere alle proprie occupazioni; tuttavia, sentendosi amareggiati, essi mostrano spesso tendenza ad appartarsi.

Assai interessanti sono le cosidette *psicosi indotte*. I veri paranoici, e pricipalmente i fondatori di religioni nuove, fanno sovente proseliti, i quali accolgono le idee deliranti del maestro e sono capaci, per esse, di qualunque sacrifizio. Anche qui il delirio è ristretto ad una limitata cerchia ideativa, e non subisce ulteriori elaborazioni; non esistono disturbi psicosensoriali; manca ogni segno di indebolimento mentale, e anzi la malattia suole d'ordinario guarire appena il paziente viene sottratto alla influenza dannosa del suo dominatore.

La *querulomania* è una affezione che ha per carattere fondamentale l'idea della sopraffazione legale. In seguito ad una lite perduta il soggetto non si acqueta, ma insiste in tutti i modi per ottenere quello che egli considera come il giusto riconoscimento dei propri diritti; il sentimento elevato di sè stesso e la deficienza del potere di critica lo rendono irremovibile nelle sue idee, inaccessibile a tutte le argomentazioni contrarie alla sua tesi. Poco a poco si forma in lui la convinzione che tutti — avversario, testimoni, avvocati, giudici — sono d'accordo per rovinarlo. All'inizio della malattia la diagnosi può essere difficilissima, potendo l'infermo apparire come un normale assetato di giustizia; ma più tardi la sistemazione delirante del circolo ideativo, la completa impossibilità di persuadere l'infermo, il graduale allargamento della cerchia di persone partecipanti al complotto rendono certa la diagnosi. Si tenga presente che, in questi casi, tutte le idee deliranti e tutte azioni del paziente si riannodano ad un unico punto di partenza che viene costantemente ricordato e richiamato; mentre gli pseudoquerulomani attaccano briga con tutti nelle circostanze più diverse e abbandonano la lite quando si accorgono che è inevitabile la vittoria dell'avversario. La querulomania rientra anche essa fra le forme da causa psichica, poichè ha sempre, come punto di partenza, un torto reale o immaginario. Ma qui non può sfuggire una importante considerazione, che cioè la generalità degli individui è in grado di sopportare avversità eguali ed anche molto maggiori senza tuttavia presentare una così caratteristica reazione morbosa. Perchè la querulomania si svolga occorre dunque una speciale predisposizione, ciò che riavvicina nettamente tale forma alla paranoia, specie per quelli che, seguendo le idee del Kräpelin, considerano questa forma non come un vero processo patologico, ma come una malformazione psichica, sul cui fondo si svolge, per l'azione di condizioni sfavorevoli interne ed esterne, una abnorme evoluzione della psiche stessa, fino alla formazione del delirio cronico sistematizzato. A onor del vero occorre dire che tale concetto, recentemente esposto dal Kräpelin, non ha alcun carattere di novità. Già infatti da vari anni il De Sanctis ha affermata la natura psicodegenerativa della paranoia, e posto in evidenza come — in individui degenerati, i quali presentano i segni tipici del carattere paranoico, o paranoismo — siano « la originaria mancanza di critica, la diffidenza, la credulità, la ricerca delle cause degli avvenimenti fatta con la fiducia cieca e sicura nelle proprie risorse intellettuali, la preparazione affannosa delle difese che dànno origine al delirio e ne determinano la sistemazione paranoica ».

Queste le forme principali cui vanno ascritti i deliranti di persecuzione; ed è bene — ripetiamo — che esse non siano del tutto ignote al pratico, trattandosi di affezioni che hanno sintomi simili, ma in cui genesi e prognosi sono completamente diverse. V. FORLÌ.

Il Radium nelle sue nuove applicazioni terapeutiche.

(Le Emanazioni).

Rivista sintetica per il dott. G. DE LILLO.

(Continuazione e fine).

APPLICAZIONI CLINICHE DELLA EMANAZIONE.

Non mi dilungherò a parlare di tutte le varie forme di cure con le Emanazioni di radio (bibite, iniezioni, fanghi ecc.,) e dei risultati ottenuti, ma dirò solo del metodo per inalazioni in Emanatori.

Questo metodo semplice e comodo di cura si è ormai assai diffuso specie in Germania, dove i lavori dell'His, della Clinica medica di Berlino, e dei suoi assistenti lo hanno divulgato e fatto apprezzare.

Anche a Vienna nella 1ª Clinica medica si sono fatti numerosi e vari tentativi di cura con risultato soddisfacente.

Sui primi 95 casi riferirono il Von Noorden e il Falta nella *Med. Klinik*, 1911, n. 39.

I risultati furono assai diversi, come del resto assai diverse erano le malattie trattate; e molte volte si volle tentare la cura anche in malattie in cui l'indicazione poteva sembrare infondata. In alcuni casi si ebbero risultati meravigliosi, in altri ottimi, in altri incerti per non dire negativi.

Tra le nevriti e le nevralgie in un caso di polinevrite consecutiva ad infezione di natura ignota si ebbe rapido miglioramento. In due casi di nevrite in diabetici il risultato fu buono.

Negativo invece in una nevrite di natura luetica. In 14 casi di sciatica in 2 di vecchia data risultato nullo. In 12 notevolissimo miglioramento. In 4 casi di nevralgia del trigemino e 2 del plesso brachiale risultato favorevole. In 7 casi di asma bronchiale risultato incerto.

Il Benzeur (*Deut. med. Woch.*, n. 22, 1911) descrive il miglioramento ottenuto in un caso di sclerodermia. Il malato aveva tentato varie cure, come le iniezioni fibrolisina ed altro senza risultato, ed invece dopo 2 settimane di cura di Emanazioni di radio la pelle divenne meno coriacea tanto che poteva contrarre i muscoli frontali ed anche sorridere. Scomparso l'indurimento della pelle e delle braccia e così pure quello delle dita. Il malato riacquistò la facoltà di sudare, si potè muovere più liberamente, si nutrì ed aumentò di peso.

Per spiegare questo risultato si potrebbe pensare, io credo, all'azione del radio sulla tiroide, e si dovrebbe anche tener conto del reumatismo cronico di cui il malato pare che fosse affetto.

In tutti i modi era interessante vedere se il risultato ottenuto diveniva stabile.

Il Gudzent e M.me Fabre sperimentarono la Emanazione di radio in ginecologia, con buoni risultati nelle infiammazioni croniche (metriti, ecc.) ed anche acute (Fabre) per l'azione analgesica del radio.

Il Barthels l'ha tentata in casi di catarri cronici del naso e del laringe.

Il Gottlieb, Stroner e Selka osservarono in alcuni pazienti sottoposti alla cura della Emanazione un aumento della potenza sessuale, ed anche dei malati vecchi spontaneamente fecero questa osservazione.

Dai lavori sperimentali eseguiti finora risulta che l'applicazione terapeutica è indicata nei casi di: *reumatismo articolare* e *muscolare* sia *cronico* che *acuto;* nella *gotta* e nella *diatesi urica:* nelle *nevralgie* (specie quella sciatica); nei *dolori folgoranti* dei *tabici*; negli *stati di eccitazione nervosa* (insonnia od altro); nelle *suppurazioni* e nelle *infiammazioni croniche;* nel *catarro* delle *mucose* delle *vie respiratorie*, dei *seni frontali* e *mascellari*; nelle *infiammazioni* del *cuore* e dei *vasi* (miocarditi, endocarditi, ecc.).

Però in tutti quest, casi i risultati sono molto incerti ed a volte contradditori.

Solo nel reumatismo articolare acuto e nella gotta i risultati sono decisivi.

Il prof. His nella sua Clinica ebbe a trattare più di 200 malati con la cura della Emazione di radio, di cui 120 affetti da reumatismo.

E di questi 47 migliorarono, 29 ebbero un notevole miglioramento, 5 quasi guarirono, 13 rimasero stazionari, 16 risultato incerto o sconosciuto.

In tutti questi casi i risultati migliori si ebbero nelle forme acute e subacute e specialmente in soggetti giovani. In questi malati fin dalle prime applicazioni si notava diminuzione dei dolore e poi dopo un po' di tempo scompariva anche il gonfiore dell'articolazione che ritornava ad essere mobile; in seguito a qualche settimana l'uso degli arti ritornava normale.

Invece nei malati di tarda età il miglioramento si faceva sentire assai più tardi, dopo 5, 6 ed anche 8 settimane di cura.

Il Gudzent spiega questi buoni risultati con l'azione (antiflogistica ed acceleratrice dell'autolisi) propria dell'Emanazione di radio.

Gli insuccessi si ebbero nelle forme inveterate di reumatismo cronico, dove già si erano stabilite delle gravi modificazioni anatomiche a carico dei tessuti articolari e periarticolari.

E si comprende, dice l'His, come la cura sia inefficace quando ci troviamo di fronte ad anchilosi, ad esostosi, a contrazioni od atrofie muscolari, ecc.

Ma quando la malattia non data da molto tempo e quando la principale modificazione consiste solo in un gonfiore od in una infiltrazione della capsula articolare il successo non può mancare.

Tuttavia anche nei casi inveterati si possono apportare dei benefici al malato calmando i dolori.

AZIONE DELLA EMANAZIONE SULLA GOTTA.

Dove però si ebbero risultati migliori e più decisivi fu nella gotta ed io credo che in questa malattia forse la Emanazione trova la sua specifica applicazione.

Nella gotta, è ormai generalmente ammesso, si tratta di una accentuata ritenzione di acido urico nel sangue per disturbo nella eliminazione.

Questa mancata eliminazione però non è possibile attribuirla tutta alla deficiente o mancata funzione del rene, bensì ad altre cause; forse la insufficienza renale può esagerare questa ritenzione, ma è certo che essa non è la causa essenziale.

Secondo il Minkowschi la eliminazione dell'acido urico è resa difficile perchè si trova in una forma poco eliminabile, cioè in una combinazione diversa che quella nel sangue normale.

Secondo il Gudzent l'acido urico nel sangue si trova sotto forma di urato solubilissimo ma instabile, e si trasforma subito in urato poco solubile.

Ora, mentre nel sangue normale per la rapida eliminazione l'acido urico non ha tempo di trasformarsi in monourato insolubile, nel gottoso invece, sia per l'eccesso di acido sia per la ritardata eliminazione abbiamo l'accumulo di urato insolubile che quindi è reso difficilmente eliminabile.

Però oltre ad un disturbo nella eliminazione (per via delle urine od altro) vi è anche una deficiente distruzione per la mancata funzione uricolitica di vari organi e principalmente del fegato che secerne un fermento speciale. Tale distruzione dell'acido urico od uricolisi costituisce, senza dubbio un processo normale di eliminazione dell'acido urico, processo importante, poichè in occasione di un accumulo eccessivo, circa il 50 per cento può essere così distrutto.

Secondo il Brugsch, il Bloch e lo Schittenhelm la gotta proverrebbe da un rallentamento della assimilazione purinica, o meglio da una alterazione piuttosto marcata di tutti i sistemi fermentativi dell'assimilazione purinica.

Questo disturbo è dato dal rallentamento, sia della distruzione che della secrezione dell'acido urico, ciò che infine porta all'accumulo dell'acido urico nel sangue. Diffatti dando ad un gottoso dell'acido nucleinico, mentre si tiene ad un regime apurinico, questi non emette, l'acido urico che si è prodotto, così rapidamente come un individuo sano.

Il Gudzent ed il Lowenthal esaminando il sangue dei gottosi constatarono questi fatti, cioè la eliminazione lenta delle purine e la presenza di acido urico nel sangue.

Ma in questi malati dopo sottoposti alla cura della emanazione di radio, poterono constatare invece l'aumento della secrezione purinica, la diminuzione o la scomparsa dell'acido urico nel sangue, ciò che era dovuto alla azione attivante della Emanazione sui fermenti.

Ma però per l'assimilazione purinica noi abbiamo due fermenti di cui uno distrugge ed un altro produce acido urico. Allora se tutti i fermenti sono attivati non si dovrebbe avere nessuna azione esaminando i valori dell'acido urico e delle purine nelle urine. Mentre al contrario sotto l'azione della Emanazione una reale modifica avviene.

Per spiegare questa apparente contraddizione bisogna ammettere che generalmente non tutti i fermenti vengono attivati in eguale misura; un gruppo lo è di più un altro di meno, come nei disturbi della digestione.

Così in questo caso potrebbe proprio il fermento uricolitico essere attivato maggiormente.

Da tutti questi fatti scaturisce la importantissima e razionale indicazione della suddetta cura nella gotta, poichè con la Emanazione di radio si agisce direttamente, sia solvendo l'acido urico nel sangue, sia attivando la produzione dei fermenti uricolitici, sia sopprimendo le cause che disturbano il lavoro di assimilazione delle purine.

Difatti i risultati clinici ottenuti dall'His, dal Gudzent, dall'Auerbach, Eckert, Furstenberg, furono dei più lusinghieri.

L'His su 28 casi trattati ottenne in 20 un notevole miglioramento ed una scomparsa dei sintomi clinici della gotta (miglioramento che si mantenne per più di un anno). In 5 soggetti esaminando il sangue trovò diminuito o scomparso del tutto l'acido urico. In tre soltanto si mantenne inalterato.

In due altri malati notò la scomparsa dei tofi dall'orecchio. In altri 4 nessuna modificazione.

Il Gudzent riporta l'osservazione clinica su 40 casi. In genere ha potuto constatare sempre ed in tutti i malati un miglioramento più o meno accentuato. Nei primi giorni del trattamento, nella maggioranza dei casi aveva una recrude-

scenza dei dolori ed esplosioni di accessi classici di gotta.

Ma in seguito dopo 3-4 settimane tutti i pazienti avvertivano senso di benessere e sollievo, attenuazione e scomparsa dei disturbi (primo fra tutti il dolore).

Però questi risultati così sorprendenti furono ottenuti solo in casi non inveterati di gotta dove il trattamento curativo si dimostrò addirittura inefficace. Nei casi ribelli si ottenne sempre la scomparsa dei dolori, la retrocessione dei gonfiori e la motilità delle articolazioni aggiungendo alle inalazioni le iniezioni di radiogène (sali di radio puri solubili).

Tutti gli autori sono concordi nell'ammettere l'azione benefica della Emanazione sul decorso dell'accesso acuto di gotta. Esso difatti diventa meno doloroso e di più breve durata (per l'azione sedativa ed antiflogistica del radio). Anche io ho potuto fare questa osservazione nei miei malati dopo pochi giorni di cura.

Parecchi autori, il Furstenberg specialmente, fanno notare l'azione narcotica della emanazione. I malati durante la seduta dormono volentieri.

Ciò forse è dovuto o all'attenuazione dei sintomi dolorosi oppure all'azione vasodilatatrice (Loewy).

Concludendo:

Noi ci troviamo di fronte ad un nuovo mezzo di terapia fisica la cui azione sull'organismo, come abbiamo visto, è tutt'altro che trascurabile. È vero che di fronte a brillanti successi si registrano anche degli insuccessi più completi, ma si potrebbe obiettare che ciò può dirsi anche di altri mezzi curativi, come i fanghi, le terme od altro, dove si possono registrare egualmente risultati incostanti.

Ma è nostro dovere approfondire le ricerche, controllare coscienziosamente i risultati e dal nostro lavoro ne trarrà beneficio il malato e decoro la scienza. Dott. G. DE LILLO.

Nota. — Unitamente al valentissimo collega ed amico dott. Cataldi, ho iniziato delle esperienze per constatare l'azione dell'Emanazione:
sul sangue,
sul ricambio organico,
sulla pressione arteriosa,
e spero quanto prima di pubblicarne i risultati.

LETTERATURA.

N. MEYER. *Ueber Radiuanwendung in der inneren Medizin.* All. Med. Central Zeitung, 1911, n. 28.

J. PLESCH. *Zur biologischen Wirkung der Radiumemanation.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1911, n. 12.

H. J. *Die Behandlung der Gicht und der Rheumatismus mit Radium.* Berliner klin. Wochenschrift, 1911, n. 5.

LOWENTHAL. *Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf den Menschen.*

LAQUEUR. *Ueber künstliche, Radiumemanationshaltige Bäder.* Zeitschr. für physikalische u. diätetische Therapie. M. 1907.

RIEDEL. *Untersuchungen ueber die künstliche Radiumemanations.* Med. klin., 1908, n. 12.

NAGELSCHMIDT. *Das Radium in der Therapie des praktischen Aerztes.* Klinik.-therapeut. Woch., XVI, n. 12.

KOHLRAUSCH. *Ueber Radium Kataphorese.* Berliner klin. Woch., 1909, n. 4.

F. W. HAUPT. *Ueber einige Erfolge in der Radium-Therapie.* Deut. Aerzte Zeitung, 1909, Heft 14.

A. STRASSER. *Ueber Kuren mit Radiumemanation.* Monatschrift für die physikalisch. Diät. Heilm. 1. Jahrgang, Heft. 3.

FRÄNKEL. *Emanation und Emanation-Therapie.* Aertzliche Rundschau, 1909, n. 31.

BULLING. *Beitrag zur Emanationstherapie.* Berliner klin. Wochenschrift, 1909, n. 111.

MENDEL F. *Die Emanationstherapie mittels intramuskulärer Radiogeniniektionen.* Deuts. Med. Wochensch., 1911, n. 3.

PLESCH e PAPPENHEIM. *Azione del Thorio X sull'organismo.*

OUDIN e ZIMMERN. *Radiothérapie.* Edit. Baillère et fils, Paris.

NAZARI. *Sull'azione terapeutica dell'acqua di Fiuggi nella diatesi urica.* Osservazioni cliniche, 1911, Roma, Stab. Arti Grafiche.

MESERNITZKY. *Le emanazioni radiogene.* Deut. Med. Woch., n. 36, 1912.

W. H. J. *Il trattamento della gotta e del reumatismo col radio.* Geh. Medizinalrat., Berliner klin. Wochenschr., n. 5, 1911.

GUDZENT (Berlino). *L'influenza degli agenti fisici e chimici sulla solubilità dell'acido urico.* Comunicazione al Congresso di Wiesbaden, 1910.

BRILL e ZEHNER. *Azioni delle iniezioni di sali solubili di radio sul sangue.* Berliner klin. woch., 1912, n. 27.

VON NOORDEN. *Tentativi terapeutici con l'emanazione di radium nella medicina.* Klinik, n. 39.

MORLET. *L'émanation du radium.* Archives d'électr. Médicale-Phisique, 25 janvier 1912.

DE NOBELE. *Action phisologique et thérapeutique de l'émanation de radium.*

F. GUDZENT. *Ueber den gegenwärtigen Stand der Radium-Emanation-Therapie.* Therapie der Gegenwart, dec. 1910.

ID. *Radium und Stoffwechsel.* Medizinische Klinik, n. 42, 1911.

W. AIS (Berlin). *Studi sull'emanazione di radio.* Medizinische Klinik, 1910, n. 16.

BENZEUR. *Le emanazioni di radio nella sclerodermia.* Deut. Med. Woch., n. 22, 1911.

FREUND e FALTA. Münch. med. Woch., 1912, n. 27.

HARET. *La Radiumthérapie dans la goutte et le reumatisme chronique.* Archives d'Electr. méd., marzo 1912.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

La chirurgia del polmone nel 1912.

(SCHWARTZ e MATHIEU. *Paris méd.*, n. 10 del 1912).

I lavori sulla chirurgia polmonare sono stati molto numerosi in questi ultimi anni; varii ed interessanti tentativi sono stati fatti in affezioni finora del dominio della medicina: tubercolosi, enfisema, asma, embolia polmonare. Si è pure riproposta la controversa questione della cura delle ferite polmonari in congressi ed in società di chirurgia.

Circa la cura chirurgica delle ferite del polmone la discussione non è peranco terminata e definita tra intervenzionisti ed astensionisti. La discussione si fa sopratutto sulla determinazione dei sintomi che permettono di dignosticare e riconoscere la gravità della ferita polmonare. Hanno importanza relativa i sintomi generali immediati (polso frequente, pallore del volto, sudori, ansia respiratoria); hanno una più grande importanza i segni locali di emorragia (emottisi, emotorace, emorragie dalla ferita). Ma l'indicazione per un immediato intervento secondo Quénu, è dato dall' aggravamento progressivo dei sintomi locali e generali. Dall' analisi dei casi operati Lenormant deduce che l'intervento diretto sul polmone è una cura di eccezione, riservata a quei casi in cui è dimostrato che può dare speranze di salvezza. I risultati ottenuti con la cura classica non operatoria e con la toracotomia sono difficili a giudicarsi secondo le statistiche pubblicate. Si può tuttavia arrivare ad una conclusione interessante valendosi solo delle *statistiche recenti ed integrali*, come ha fatto Lenormant.

Circa le modificazioni apportate alla tecnica operatoria, accanto al metodo di apertura del torace a grande lembo, si è posto, per certe ferite toraciche, il metodo di Mickulicz e Sauerbruck, consistente nella incisione di uno spazio intercostale per tutta la sua lunghezza. Nulla di nuovo per i mezzi di emostasi. Così pure rimane metodo di scelta la chiusura ermetica della pleura senza drenaggio.

Nulla di nuovo pel trattamento del pneumotorace a valvola. Invece nell' *enfisema accompagnato da turbe gravi del respiro*, Quénu ha proposto le incisioni soprasternali e sopraclavicolari, mettendo in comunicazione con l'esterno il tessuto cellulare profondo del collo, per evitare gli accidenti dell'enfisema generale. Tiegel mette in comunicazione con l'esterno il tessuto cellulare del mediastino con una profonda incisione alla base del collo al disopra della forchetta sternale.

Per ciò che riguarda la *cura delle cisti idatidee del polmone*, da una statistica fatta recentemente da Guimbellot risulta che la pneumotomia è formalmente indicata quando la diagnosi è nettamente stabilita, e qualunque sia la fase evolutiva della cisti, tranne i casi nei quali questa per la sua piccolezza e profondità nel parenchima polmonare non consigli ad una adatta aspettazione.

Nelle *raccolte settiche endopolmonari* (ascesso e gangrena) Tuffier ha introdotto tra il torace e la pleura parietale delle masse grassose, con buon risultato. Si usa pure la toracoplastica, la quale sembra sopratutto indicata per focolai cronici a pareti spesse e rigide, aperti nei bronchi.

Rari sono stati i casi di intervento per *bronchiettasie*. Frank ottenne un miglioramento coll'uso del pneumotorace artificiale; Luxembourg colla toracoplastica alla Friedrich. La pneumotomia rimane sempre l'operazione di scelta quaado si tratta di focolai settici acuti, nei quali il polmone è poco alterato nelle vicinanze, e permette colla propria elasticità l'accollamento delle pareti suppuranti dopo l'incisione.

Sulla *tubercolosi polmonare* nei riguardi della terapia vi ha una rivista generale di Lenormant, una monografia di Tuffier. Alla grave operazione e con esito disastroso, della pneumectomia, si sono sostituite operazioni meno gravi: la resezione della prima cartilagine costale (operazione di Freund), la toracoplastica (di Fiedrich) e la creazione di un pneumotorace artificiale (Forlanini). In casi di aderenze pleuriche estese al classico processo di Forlanini, Tuffier propone di sostituire l'iniezione di azoto per più giorni previo uno scollamento della pleura parietale, che permette di stabilire un pneumotorace extrapleurico.

Nell'*enfisema polmonare*, l'operazione di Freund è legittima quando ci si trova in presenza di un torace dilatato e rigido, a botte, ed in assenza di un qualunque ostacolo respiratorio determinato, e quando la radioscopia avrà dimostrato un ispessimento irregolare, e deformazione delle cartilagini, l'immobilità della parete in inspirazione forzata e la tensione del diaframma (Lejars).

Nell'*asma bronchiale* a torace rigido si è proposta ed eseguita, con risultati discreti ma tran-

sitorii, la resezione di uno o più segmenti costali, con o senza interposizione di lembi muscolari per impedire il risaldarsi dell'arco costale.

Nell'*embolia polmonare* Trendelenburg propose ed eseguì nel 1908 l'arteriotomia della polmonare per estrarne il coagulo che la occludeva con esito disastroso sempre. L'operazione è molto delicata per la rapidità di esecuzione che richiede. Restano poi spesso dei coaguli nelle branche secondarie, dopo l'estrazione di uno o più coaguli nel tronco principale. Infine la diagnosi non è sempre facile.

G. QUARTA.

Chirurgia della ghiandola timo.

(CHARLES H. MAYO. *Ann. of Surgery*, luglio 1912).

Un problema d'importanza fondamentale per la scienza medica è quello delle così dette secrezioni interne. La letteratura sull'argomento è di già vasta, e verte sopratutto sulla tiroide, paratiroidi, timo, ipofisi, pancreas, surrenali, testicoli, ovaia, sistema linfatico e cromaffine; ma anche altri organi sembrano dotati di funzioni analoghe alle precedenti. Così è noto l'aumento del contenuto in adrenalina del sangue nelle malattie epatiche (Kostlevy); d'altra parte gli studi sperimentali di Frisch sulla prostata accennano alla importanza di una secrezione interna di questo organo.

Si è però colpiti, analizzando i risultati di numerose ricerche sperimentali su un dato organo, dalle frequenti contradizioni, che su essi si trovano. Ciò che probabilmente dipende dalla diversità dei fattori fondamentali nelle singole esperienze, intendendo per fattori fondamentali la specie animale, l'età, il periodo d'attività funzionale dell'organo in questione, le condizioni generali, ecc. In ogni modo tutti sono d'accordo nel ritenere che nelle ricerche fatte su queste ghiandole è necessario aver sempre presenti i rapporti fisiologici e patologici, che tra esse intercedono.

Già Plaster nel 1614, discutendo la cosidetta *morte da timo*, accennava all'influenza, che le alterazioni della ghiandola timo hanno sul complesso dell'organismo. Da allora numerosi contributi apparvero su questo soggetto, tra cui uno molto importante di Friedleben nel 1858.

Recentemente (1909) Hammar pubblicava un pregevole lavoro clinico sperimentale: « Cinquanta anni di ricerche sul timo ». Nonostante però la enorme letteratura raccolta sull'argomento, le nostre cognizioni sulla funzione del timo sono ancora molto ristrette. Fisiologicamente si tende ad attribuire una grande importanza alla secrezione di questa ghiandola; dal punto di vista chirurgico però una tale importanza sembra esagerata.

V'è grande divergenza di opinioni sulla grandezza e il peso del timo, che in un gran numero di casi persiste durante tutta la vita. La questione è importante, perchè molti chirurgi sostengono che non si dovrebbe operare per gozzo, allorchè si abbia persistenza del timo, e che nella maggior parte dei casi di morte operativa di Basedowiani si riscontra il timo aumentato di volume. Dalla esperienza personale dell'A. risulterebbe però che quasi mai il timo determinò la morte dei pazienti affetti da gozzo esoftalmico, operati o no. Inoltre durante tali operazioni accade quasi sempre di osservare un timo persistente ed aumentato di volume; e pure solo raramente esso rende l'operazione più difficile, o ne aggrava la prognosi.

Analogamente molte morti improvvise dei bambini, attribuite al cosidetto « stato linfatico », debbono ascriversi ad altri fattori, dal momento che in molti di questi casi il timo apparve di grandezza normale. Per questo l'A. non nega lo « stato linfatico » come causa di morte, ma lo ascrive alle rarità.

Il timo è stato estirpato in circa 50 individui, perchè era aumentato di volume ed era causa d soffocazione con dispnea e stridore caratteristico, cianosi, convulsioni, ecc. Dalla statistica di Olivier appare che nella maggioranza dei casi la timectomia riuscì a guarire i pazienti. L'A. cita un caso di timectomia parziale da lui fatta in un bambino di 11 mesi con risultato soddisfacente. Egli estirpò un solo lobo, usando la seguente tecnica: incisione trasversale della cute e platisma due o tre dita sopre lo sterno; incisione dello sterno mastoideo vicino alla sua inserzione sternale e degli sterno-ioidei. Il timo ingrandito appare come una tumefazione rosea sporgente verso il collo da dietro lo sterno. Lo si afferra con delle pinze e lo si tira in alto, poi con le dita si enucleano uno o tutti e due i lobi della fascia, cui lassamente aderiscono.

A. CHIASSERINI.

MEDICINA.

Le tubercolosi larvate.

(Prof. A. FERRANNINI. *Il Tommasi*).

Sinora mancava, nella letteratura medica, una monografia o illustrazione sistematica di una modalità, affatto peculiare, di manifestazione clinica della infezione tubercolare. Questa modalità consiste nelle « Tubercolosi larvate ». Con questa denominazione si vogliono intendere quelle forme della infezione kochiana, le quali sono effettivamente evolute, ma hanno tale una nosografia da simulare o camuffare quadri morbosi, che siamo soliti riferire a momenti etiogenici, diversi dall'azione del bacillo di Koch. Le forme, così camuffate, sono ragione di non pochi equivoci diagnostici e spiegano come parecchi infermi di tubercolosi non sono diagnosticati, almeno sinora, nella effettiva essenza della loro malattia. Tutto ciò non ha che vedere con le tubercolosi, dette latenti, e in cui ogni specie di manifestazione morbosa manca per il momento, perchè il bacillo, quantunque localizzato in qualche organo o tessuto, si trova transitoriamente alla fase d'involuzione.

L'A. si è proposto d'illustrare l'argomento delle tubercolosi larvate, sotto ogni punto di vista, tanto diagnostico, pronostico, terapeutico, quanto patogenetico e biologico generale. Nel corso della illustrazione dettagliata sulle larvate linfo-adenoidee e degli organi emopoietici, sulle larvate cardiovascolari, renali, nervose, gastriche, epatiche, enteriche, peritoneali, ossee, osteoarticolari, sulle larvate della infanzia e della vecchiaia, sono da menzionare alcuni capitoli, i quali assumono lo interesse di tante piccole monografie. Valgano ad esempio il capitolo, relativo alla influenza della tubercolosi sui vari organi a secrezione interna o endocrinologia tubercolare, e l'altro capitolo relativo all'azione della infezione tubercolare sui caratteri antropologici, da risultarne una antropo-patologia tubercolare.

Sotto questo punto di vista sono illustrati il nanismo, la microsomia, il gigantismo, la brachischelia con megalosplancnia, la dolicoschelia con microsplancnia, il geroderma genitodistrofico (tipo morboso descritto per la prima volta dall'A. in collab. col prof. G. Rummo), l'infantilismo, ecc. In ambo questi capitoli, l'A. insiste su due concetti fondamentali, che ha formulati per il primo e da parecchio tempo, cioè che le anomalie delle secrezioni interne, sorrette da infezioni ancestrali, possono essere il fondamento di anomalie costituzionali o predisposizioni morbose o diatesi, e che per ogni tipo morboso, così risultante, l'anomalia involge abitualmente non uno, ma vari sistemi endocrini. Questa origine pluriglandolare endocrina è stata sostenuta dall'A. sin dal 1899 per lo stesso geroderma, che porta il nome di « Malattia di Rummo e Andrea Ferrannini ».

Questa tubercolosi, causa prima di diatesi, di anomalie antropometriche, di perturbamenti umorali, epperò ragione di attecchimento e di gravezza per tanti agenti morbigeni, diversi dal bacillo di Koch, è una specie di *pendant*, per quanto di senso opposto, alla nozione antica che quel bacillo per attecchire ha bisogno del terreno individuale opportuno. Naturalmente questa nozione antica non viene contraddetta o eliminata dalla nozione nuova, svolta dall'A., cioè che il bacillo può nelle generazioni atteggiare in maniere peculiari il terreno individuale. Con queste modificazioni del terreno organico l'A. spiega la immunità relativa, che i discendenti di tubercolosi presentano nel senso che, essendo distrofici, offrono facile attecchimento al bacillo di Koch, come ad ogni altro microbio, ma, avendo il terreno umorale allenato nella lotta contro quel bacillo attraverso la eredità, resistono più agli attacchi di questo bacillo anzichè agli attacchi di altri agenti morbosi. Come vedesi, trattasi di una immunità, che risulta benefica contro il bacillo di Koch, ma è pagata al caro prezzo del defedamento generale nello intiero organismo, per quanto estrinsecato con modalità varie.

Anche nel capitolo dei rapporti tra tubercolosi e artritismo, l'A. sostiene che esistono larvate tubercolari a forma artritica, fondamentalmente perchè la tubercolosi è una infezione ed ogni altra varietà o tipo di artritismo, dal diabete alla gotta, alle calcolosi, all'ossaluria od ossalemia, alla poliadiposi, si riduce, secondo l'A., etiogenicamente, ad una infezione, per quanto i microbi o le associazioni microbiche corrispondenti non siano ancora nettamente o specificamente definite. Parimenti, alcuni contrasti, additati da tempo dalla clinica tra tubercolosi polmonare e cardiopatie mitraliche o enfisema polmonare, sono spiegati dall'A. nel senso che quelle cardiopatie o quell'enfisema, originandosi da tubercolosi, specialmente ancestrale, immunizzano, in grado relativo, il dato organismo rispetto all'attecchimento delle tubercolosi aquisite, che perciò si svolgono con gravezza minore.

A. S.

DERMATOLOGIA.

Osservazioni sull'etiologia delle malattie cutanee.

(F. FINGER. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1912, n. 1).

Le ipotesi sulle cause delle diverse affezioni della cute hanno subìto in questo ultimo secolo profonde modificazioni.

Sino alla metà del secolo scorso si consideravano tutte le malattie cutanee all'incirca come *sintomatiche*, causate cioè da alterazioni dell'organismo nel suo insieme e legate a condizioni patologiche del sangue e degli umori.

F. v. Hebra per il primo combattè questa teoria e considerò la maggior parte delle malattie cutanee quali malattie a sè, come malattie idiopatiche, ciò che ebbe indubbiamente una grande importanza per la loro terapia. Egli peraltro arrivò all'eccesso opposto, ammettendo un rapporto fra le malattie cutanee e quelle del resto del corpo solo quando non vi fosse dubbio di sorta sulla sua esistenza e non quando tale rapporto fosse soltanto probabile. Attualmente si ritorna al concetto dell'origine discrasica di tante dermatosi, per quanto su basi ben diverse da quelle di un tempo.

Il grande gruppo delle dermatosi sintomatiche trovò, prima di ogni altro, una nuova e più larga base per le dottrine del Koch, ed il quadro clinico della tubercolosi della pelle venne così notevolmente ampliato.

Se, facendo astrazione dalle malattie infettive, il cui virus ci è noto o pur no, un individuo presenta contemporaneamente, in altri organi, alterazioni della pelle e manifestazioni morbose, e si possa escludere che si tratti di pura coincidenza e che i due fatti siano indipendenti fra di loro, si debbono tener presenti parecchie possibilità. Anzitutto possono le manifestazioni morbose della pelle e quelle esistenti in altri organi essere causate, in modo analogo che per le malattie infettive, da una causa comune, sia che la dermatosi rappresenti il fenomeno primario o sia il punto di partenza della malattia degli altri organi o dell'intero organismo, sia che avvenga il contrario.

Così, p. es., nella morte per scottature l'affezione cutanea è il fatto primo da cui sono poi causati le manifestazioni successive e l'esito letale.

Allo stesso modo, secondo alcuni, si verificherebbe nei poppanti la morte in casi di eczema universale.

Quanto sia difficile peraltro il giudicare del meccanismo di simili affezioni, lo dimostrano i casi, descritti in questi ultimi anni, di eritemi polimorfi gravi, nell'ulteriore decorso dei quali si verificò la nefrite, ed in cui si può ammettere tanto che l'affezione cutanea e quella renale ripetessero la stessa origine, fino ad oggi sconosciuta, quanto che la nefrite fosse originata dall'eritema.

Più frequenti sono le osservazioni di quei casi in cui si verifica una dermatosi insieme con lesioni di altro organo o con disturbi del ricambio materiale. Qui si può avere un doppio meccanismo: o le lesioni organiche e i disturbi del r. m. causano direttamente l'affezione cutanea, oppure essi provocano sulla cute soltanto una disposizione, la quale richieda, perchè si abbia l'affezione della pelle, ancora una causa occasionale qualunque. Nel primo caso noi consideriamo l'affezione cutanea come *specifica*: essa cioè è dovuta soltanto ad una causa ben determinata. Nel secondo caso invece la stessa disposizione può essere causata da affezioni diverse.

Per ciò che riguarda le affezioni dei singoli organi, le quali vengono considerate come cause di dermatosi, stanno in prima linea quelle del tubo gastro-intestinale. La comparsa di una orticaria dopo l'ingestione di fragole, di gamberi, ecc., costituiva già la prima prova dell'origine di una dermatosi da un processo abnorme qualunque del canale gastro-enterico: ad essa possiamo aggiungerne una lunga serie. Ricordiamo, per ciò che riguarda lo stomaco, l'atonia, l'iper- ed ipo-acidità, ecc., con le quali affezioni stanno in rapporto l'acne rosacea, alcuni eritemi, eczemi, orticaria, prurito, ecc.

Queste stesse dermatosi possono essere altresì causate da auto-intossicazioni intestinali, come lo dimostra la presenza di quantità abnormi di prodotti della putrefazione intestinale nelle urine, indossil, scatossil, eteri solforici, ecc.

La patologia degli animali mostra in modo anche più evidente il legame tra le affezioni della cute e la qualità del nutrimento: p. es., la dermatite dei cavalli nutriti con veccia guasta, ecc.; l'alopecia dei cavalli nutriti con patate e crusca; quella dei conigli nutriti con mais, od a cui fu somministrato del tallio, ecc.

Più chiaro è il rapporto fra cute e malattie interne, dovute a disturbi del ricambio materiale,

giacchè abbiamo qui delle malattie cutanee che si manifestano soltanto quando vi sia la condizione prima dell'esistenza di dette malattie, per esempio: lo xantoma diabetico e la dermatosi gottosa descritta dal Pospelow.

Nei diabetici e negli uricemici peraltro si hanno spesso anche altre affezioni cutanee: prurito, acne, foruncoli, eczemi, ecc. La frequenza di queste dermatosi e la circostanza che le medesime possono insorgere anche per disturbi gastro-intestinali, o anche senza che esistano affezioni interne dimostra che non si può per esse parlare di un rapporto costante con le malattie del ricambio materiale e che si deve al più ammettere che queste ultime costituiscano un momento predisponente.

Al contrario, il prurito e lo xantoma, che spesso si osservano nelle malattie epatiche con ittero, si devono considerare indubbiamente specifiche ed etiologicamente legate a queste ultime.

In quanto al rapporto fra lesioni renali e malattie cutanee, è noto che nei nefritici si osservano non di rado eresipele, flemmoni, furoncoli, eczemi, prurito, eritemi, dermatiti esfogliative. Ciò peraltro non basta a considerare tali affezioni della pelle come specifiche delle lesioni renali, sia perchè spesso nei malati di reni manca ogni sintomo morboso a carico della pelle, sia perchè le mentovate dermatosi si osservano anche in altre malattie interne, talchè bisogna ammettere che le malattie renali, quando siano associate a processi cutanei, spiegano su di questi solo un'azione predisponente.

Nell'albuminuria di Bence-Jones, il Bloch descrisse una dermatosi « specifica » che si dovrebbe mettere in rapporto con la presenza di albumina dell'urina. Dopo che questa albuminuria di B.-J. si vide essere soltanto un sintoma di gravi osteopatie (sarcomi a cellule rotonde, condrosarcomi, ecc.), si considerarono queste come il momento etiologico effettivo per il processo renale e quello cutaneo. Analogamente, è noto il rapporto dell'*akanthosis nigricans* con i tumori maligni, specie quelli dell'addome, reso più manifesto per il fatto che talora, estirpato il tumore, l'*akanthosis* guarisce.

Un largo campo a queste indagini ci viene offerto dalla questione del *rapporto fra le malattie cutanee e le affezioni delle glandole a secrezione interna.*

Noi, come dice argutamente l'autore, per quanto viviamo nell'epoca medica della « secrezione interna », conosciamo ben poco di positivo sulle medesime. Sappiamo in ogni modo che stanno in rapporto etiologico fra di loro le affezioni delle glandole surrenali e il morbo dell'Addison, quelle della tiroide ed il mixedema, il morbo del Basedow e la sclerodermia, le malattie dell'ipofisi e l'acromegalia. Il Pernet ha descritto inoltre in un paziente una speciale dermatosi, clinicamente simile al mixedema e che istologicamente era caratterizzata da ispessimento del collageno e del tessuto elastico del derma, nella quale alla sezione si trovò un adenoma della glandola pituitaria.

Tutte queste dermatosi si possono considerare come « specifiche » nelle affezioni delle suaccennate glandole a secrezione interna, ma ve ne sono inoltre molte altre: prurito, orticaria, eritemi, vitiligine, anomalie delle unghie, porpora, teleangectasie, acne, ecc., nelle quali i disturbi di dette glandole si debbono ritenere soltanto come una condizione predisponente.

Numerose sono le alterazioni cutanee che stanno in relazione con disturbi degli organi sessuali. Così, oltre le anomalie cutanee degli eunuchi, il cloasma uterino, l'impetigo erpetiforme, l'*herpes gestationis*, vanno ricordati pure il prurito, l'*orticaria factitia*, eritemi, edemi, l'acne rosacea, gli eczemi, porpore, telangectasie, ecc.

Notevoli pure, specie per il loro regolare riaffacciarsi, sono quelle dermatosi che si ricollegano alla gravidanza ed alla mestruazione, come l'impetigo erpetiforme, il cloasma, l'*herpes gestationis*. Recentemente il Linser in tre casi di dermatosi da gravidanza riuscì ad ottenere la guarigione mercè le iniezioni di siero di donna incinta sana, mentre il siero di una donna non incinta era restato senza effetto, ed ha emesso l'opinione che debba qui trattarsi di processi che rientrano nel dominio dell'*anafilassia*.

Pur troppo i concetti sull'anafilassia, che hanno preso il posto delle antiche idee di idiosincrasia e di ipersensibilità, non rappresentano ancora un progresso notevole per spiegarci il meccanismo con il quale si producono molte dermatosi.

A dimostrare il rapporto fra malattie cutanee e malattie interne si è anche ricorsi al criterio *ex juvantibus*. È ben noto che in un diabetico od in un artritico sofferenti di eczema, le cure ed il regime dietetico diretti a curare il diabete e l'artritismo spesso giovano anche per l'affezione cutanea: tutto sta nel dimostrare che si tratti veramente di un'influenza specifica e non sol-

tanto di un'azione « ricostituente » nel senso più lato della parola. Lo stesso dicasi per ciò che riguarda i buoni risultati ottenuti mercè i tabloidi di glandola tiroide nella sclerodermia. Fino ad ora pur troppo noi non possiamo che raccogliere e registrare tutte queste diverse osservazioni senza trarne conclusioni di sorta.

V. MONTESANO.

LEZIONI

Sulla cura incruenta dei tumori maligni.

In una lezione tenuta ad un corso di perfezionamento il prof. Kafemann ha esposto i risultati conseguiti nell'Istituto di Czerny applicando i mezzi incruenti alla cura dei tumori maligni.

Ne riportiamo alcuni dati interessanti e nuovi desumendoli dalla *Medizinische Klinik* del 2 febbraio.

L'A. si occupa in primo luogo del metodo Zeller.

Nell'Istituto egli ha osservato molti casi sottoposti alla cura; molti altri ne ha visti nel villaggio ove risiede lo Zeller (durante una fugace visita).

Manifesta il convincimento che i risultati non siano straordinari.

Il metodo comprende, com'è noto, la somministrazione di silicio per via interna e l'applicazione di una pasta arsenicale.

Non si riesce a indovinare in qual modo il silicio agisca. Certo però questa applicazione potrebbe segnare un passo innanzi « in the long run » che dovrà condurci alla cura del cancro. Basti pensare ad alcune virtù terapeutiche enigmatiche del silicio: così l'acido silicico è in grado di rendere innocua una dose di tossina difterica cento volte mortale e lo stesso composto è stato consigliato per la cura della tubercolosi (da A. Robin).

A questo proposito ci sia lecito notare che potrebbe non essere fortuita l'applicazione degli stessi rimedi alla tubercolosi ed al cancro.

Così l'iodio, di cui ormai è assodato l'oncotropismo, viene da tempo utilizzato contro la tubercolosi glandolare ed articolare ed in questi ultimi tempi è stato preconizzato da Pfannenstiel e da Curle per la cura della tubercolosi delle vie aeree.

La pasta arsenicale di Zeller distrugge indistintamente, secondo l'A., tutti i tessuti che incontra. Quindi l'A. teme che, raggiungendo i grandi vasi sanguigni, possa qualche volta provocare delle emorragie mortali.

Egli pone in rilievo il fatto che Zeller ha bensì fatto conoscere la composizione di questo prodotto, ma non le modalità con cui lo prepara. Per tale motivo si è ritenuto conveniente di richiederlo allo Zeller, il quale lo fornisce in masse simili a cioccolato; viene poi fatto stemperare in acqua distillata e steso mediante un pennello sui tessuti da distruggere. Naturalmente questa cura può valere per le sole neoplasie accessibili.

Altri rimedi arsenicali, l'atoxyl e il neosalvarsan, sono anch'essi stati applicati esternamente per ottenerne un'azione distruttiva; ma i risultati non sono ancora definiti.

Gli arsenicali per via interna (orale, endovenosa, ipodermica, ecc.) giovano molto. Così il cacodilato di soda corregge spesso in modo meraviglioso la cachessia cancerosa ed il salvarsan ha portato a guarigioni reali di sarcomi fuso- e tondocellulari (dosi: per via endovenosa 2-3 iniezioni seriali di almeno 0.3 gm.; si ripetono dopo una pausa di 2-3 settimane; per via intratumorale numerose iniezioni di 0.1 gm., praticate in più punti del tumore, fino alla dose massima di 1.5 grammi).

I migliori successi, secondo l'A., debbono ascriversi, naturalmente, ai raggi X e ai corpi radioattivi. Tra questi ultimi egli assegna speciale importanza sovratutto dal punto di vista pratico al mesothorium, da lui largamente sperimentato.

Egli insiste anche sulle applicazioni del thorium X: a questo proposito ricorda la guarigione con riserva ottenuta da Herxheimer in un caso di sarcomatosi cutanea multipla (aggiungiamo che la malattia è recidivata e che la recidiva non è stata più influenzata dal thorium X!).

La scintillazione o fulgorazione a scintille brevi non ha per effetto di rendere la cute meno sensibile all'azione dei raggi X, come presumeva Ch. Müller; anzi avviene il fatto contrario, come ha dimostrato Lenz. Sotto questo riguardo anche altri mezzi anemizzanti (compressione, adrenalina) sono falliti; così pure altre applicazioni. Crediamo però che non ne venga infirmata l'efficacia dei metodi proposti da Ch. Müller.

A qualche successo hanno portato le tossine di Coley nella cura dei sarcomi.

Del tutto negativa si è dimostrata l'antimeristema: per essere più esatti, si sono avute delle regressioni parziali, ma l'A. ritiene che siano state spontanee.

Werner in collaborazione con Szécsi ha in corso alcune nuove ricerche. Egli trova specialmente efficace la borocolina associata con selenio e vanadio (seleniuro di vanadio?). Il prof. Kafemann non ha osservato nessuna guarigione ottenuta con tale metodo, ma aggiunge che esso data da poco tempo.

Nell'insieme l'A. è poco ottimista nel valutare i risultati delle cure non chirurgiche dei tumori maligni.

È certo che l'exeresi praticata sia mediante il coltello, sia utilizzando l' elettrocoagulazione distruttiva (elettrocisione o elettrochirurgia con l'ago di Forest) costituisce l'intervento più sicuro.

Le altre cure debbono associarsi a quella chirurgica quante volte è possibile; in casi speciali possono sostituirla; sono ben lontane dal detronizzarla.

L. VERNEY.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ARCISPEDALE DI SANT'ANNA IN FERRARA
Turno chirurgico diretto dal Prof. CASATI.

Un caso di traumatismo del cranio in rapporto alla teoria del Luciani sulla eccitabilità della corteccia cerebrale

per il dott. MARIO MAGRINI, assistente.

La mattina del 28 luglio 1911 B... A..., di anni 22, venne accolto d'urgenza nell'Arcispedale di Sant'Anna. Oltre a varie lesioni di minore importanza l'infermo presentava una ferita lacera del cuoio capelluto, lunga circa 10 cm., che, quasi parallela alla sutura coronale di sinistra, circa 2 cm. avanti di essa, un po' curva con concavità in avanti, partendo quasi dalla linea mediana dei cranio scendeva in basso e un po' all'indietro. Il cuoio capelluto era per buon tratto scollato da entrambi i lati della ferita. Attraverso di essa, divaricati i lembi, si scorgeva una larga breccia ossea, interessante il frontale ed il parietale di sinistra, con abbondante fuoriuscita di sostanza cerebrale spappolata. Portato l' infermo sul letto operatorio, estraendo i frammenti ossei ed i detriti di sostanza cerebrale che ancora rimanevano, notammo come fosse stata distrutta buona parte della circonvoluzione frontale media e della inferiore. Per lo stato del paziente non facemmo ulteriori indagini, ma riportammo l'impressione che fosse conservato il piede della circonvoluzione di Broca. Il paziente fu medicato, rimanendo la ferita aperta e tamponata. Non vi erano segni di commozione cerebrale, e durante l' atto operativo, l'infermo reagiva sotto l' impressione del dolore con sforzi violenti per sottrarsi alla stretta degli infermieri, ed emetteva grida acute, senza però pronunciare una sola parola.

Colle punture lombari si notò assenza di elementi ematici nel liquido cefalo-rachidiano.

Nei giorni successivi la coscienza rimase sempre lucida, e ciò si arguiva da che l' infermo, appena chiamato, volgeva il capo con espressione interrogativa, cercava di difendersi durante le medicazioni, e, quando desiderava qualche cosa, si esprimeva a segni, rimanendo però sempre muto. Non si avevano però alterazioni delle varie sensibilità, nè altri disturbi degni di nota. Non si fecero ulteriori esami sulla funzionalità del sistema nervoso, non sospettando allora che sarebbe poi avvenuto un fatto che richiamò la nostra attenzione. L'ostinato mutismo del paziente ci fece pensare che anche il piede della circonvoluzione di Broca fosse stato distrutto insieme coll'altra sostanza cerebrale, e che l'impressione della sua permanenza, da noi riportata durante l'atto operativo fosse errata, poichè l' esame da noi fatto non fu, come ho detto, molto accurato, per le gravi condizioni in cui versava l'infermo in quel momento.

Perciò pensammo che questi, anche se avesse potuto sopravvivere, non avrebbe più riacquistato l'uso della parola.

L'infermo veniva medicato quotidianamente. Dopo qualche giorno il vuoto lasciato dalla sostanza cerebrale asportata cominciò a colmarsi, finchè, dopo 15 giorni, il cervello era erniato e sporgeva dalla breccia ossea come un uovo di gallina, mentre i due lembi di cuoio capelluto si erano fortemente retratti. Fu deciso allora di chiudere la ferita, essendosi essa mantenuta sempre asettica.

Infatti, scollati i lembi e tirati i loro bordi con punti ad U di seta grossa a perfetto contatto, costringendo a forza il cervello erniato, che tendeva a sporgere tra gli spazi rimasti tra i primi punti, si riuscì a chiudere completamente la ferita. Quando l'infermo si accorse che l'atto operativo era terminato disse, con grande meraviglia dei presenti: « Bene, posso andare via adesso ? ».

Da quel momento parlò sempre senza difficoltà alcuna. Dopo alcuni giorni uscì dall'ospedale guarito, residuando paralisi del facciale di sinistra. Rimase anche di mentalità alquanto deficiente, che però, da informazioni assunte, risulterebbe essere preesistente al trauma

Come spiegare lo strano fatto dell' improvviso riacquisto della favella, coincidente colla chiusura della ferita ?

Da una comunicazione presentata dal prof. Luciani al IV Congresso della Società Freniatrica Italiana tenutosi in Voghera dal 16 al 22 settembre 1883, sull'*eccitamento meccanico dei centri sensorio-motori della corteccia cerebrale*, crediamo si possano trarre argomenti per ricercare una spiegazione del fatto suddetto. Il Luciani in detto Congresso annunciò, e svolse anche più tardi nel suo trattato di fisiologia, che, contrariamente a quanto si sosteneva dalla maggioranza degli autori, la corteccia cerebrale era meccanicamente eccitabile. Crediamo inutile trattare diffusamente la tanto dibattuta

questione; ci limiteremo ad esporre il concetto che può collegare il fatto a noi occorso colla teoria del Luciani. Fino dai tempi di Haller la corteccia cerebrale si riteneva ineccitabile meccanicamente; di questa opinione furono pure Magendie, Longet, Matteucci, Van Deen, Budge, Schiff ed altri sommi. Hitzig e Fritsch, allo scopo di studiare le varie localizzazioni cerebrali, riuscirono a dimostrare che una parte della convessità degli emisferi cerebrali del cane era eccitabile colle correnti galvaniche, mentre le altre parti, in ispecie le più esterne erano ineccitabili. Il Luciani nel 1878 trovò che non solo i punti indicati da Hitzig e Fristch, ma zone più estese, come la corteccia introflessa nel solco crociato del cane, erano meccanicamente eccitabili quando si verificavano certe condizioni di esperimento.

Nel 1883, come dicemmo, il Luciani, dopo una nuova serie di esperimenti, esponeva la sua teoria, tendente a dimostrare l'eccitabilità della corteccia cerebrale e faceva risiedere la ragione degli insuccessi dei vari sperimentatori che trovarono la corteccia meccanicamente ineccitabile, nel fatto che non si mettevano in opportune condizioni sperimentali.

Dice il Luciani nel suo trattato:

« .... bisogna incidere l'aracnoide che congiunge i due bordi del solco crociato evitando l'apertura della vena che lo attraversa; quindi insinuare attraverso il meato uno specillo metallico a bordi acuti, e farlo scorrere lungo il solco in guisa da raschiare la superficie corticale introflessa. Immediatamente si ottengono le solite reazioni motrici dei muscoli degli arti dell'opposto lato: dell'arto posteriore raschiando la porzione più interna e profonda, dell' arto anteriore raschiando la metà più esterna e superficiale della corteccia introflessa nel solco ». E più avanti: « Probabilmente l'eccitabilità normale dei centri motori corticali si esaurisce facilmente..... pel semplice fatto dell'*esposizione all'aria della superficie cerebrale* ».

Così s'intende bene come la porzione della corteccia introflessa nel solco incrociato, per la sua posizione riposta e profonda, trovandosi naturalmente difesa dagli effetti del traumatismo operatorio e dal contatto dell'aria, possa in opportune condizioni sperimentali conservare la propria eccitabilità agli stimoli meccanici.

Nel caso del B... non è da invocare la teoria del Luciani a spiegare l' improvviso ritorno della parola, coincidente colla sutura dei lembi?

L'impressione da noi riportata che il piede della circonvoluzione di Broca fosse rimasta intatta risultò giusta.

Perchè, persistendo questo centro, l'infermo dal momento del trauma fino alla sutura della ferita non potè articolare una solo parola? Perchè vi riuscì perfettamente subito dopo questo atto operativo?

Fatti di ischemia o di iperemia della corteccia cerebrale crediamo non possano invocarsi, perchè sarebbe difficile affermare se siano avvenute modificazioni irrigatorie, e, in caso affermativo, quali esse siano state al momento del trauma, quali durante il progressivo erniarsi del cervello e quali all' atto del suo rientrare sotto la pressione dei lembi. Sarebbe inoltre strano pensare che fosse, al momento del trauma, avvenuta una modificazione circolatoria tale nel punto leso da sopprimere istantaneamente la funzionalità dell' organo; che questo stato irrigatorio si sia mantenuto costante per tutto il periodo durante il quale la ferita rimase aperta, nonostante il progressivo cambiamento di forma del cervello in quel punto, dovuto al suo erniarsi; infine che tale stato irrigatorio si sia di nuovo istantaneamente modificato alla chiusura della breccia in modo da ridonare alla circonvoluzione di Broca la sua funzionalità.

E se vi furono modificazioni circolatorie, perchè esse si avverarono solo nella zona esposta e non nelle zone immediatamente ad essa contigue, in modo da ingenerare disturbi nei territori da dette zone dipendenti?

Una funzione vicariante della corrispondente circonvoluzione di destra si sarebbe verificata in modo troppo improvviso e completo, e anche a troppo breve scadenza dall'epoca del trauma.

In conclusione noi crediamo che il nostro caso trovi la sua unica spiegazione nella teoria del Luciani, per cui i centri del linguaggio articolato, rimasti allo scoperto, non erano eccitabili, mentre appena vennero tolti dal contatto dell'atmosfera, ridivennero atti ad essere eccitati dallo stimolo fisiologico.

Nè vale l'obbiezione che tutta l'aria non poteva venire espulsa colla chiusura dei lembi.

Il cervello era erniato, i lembi retratti, per cui questi dovettero essere fortemente stirati per venire coi loro bordi a mutuo contatto, costringendo così sotto la loro faccia interna il cervello.

Inoltre, se qualche spazio vuoto fosse rimasto sotto i lembi, questo sarebbe stato subito colmato dalla emorragia provocata dall' intervento chirurgico; e, volendo pur ammettere che un po' d'aria fosse rimasta, questa sarebbe stata in brevissimo tempo assorbita. Inoltre, nella forzata riduzione dell'ernia cerebrale, potrebbe essere avvenuto che il centro del linguaggio articolato fosse venuto a situarsi alquanto profondamente anzichè nella parte più a contatto coi lembi. Infine, ammettendo che un sottilissimo strato di aria avesse potuto mantenersi a contatto della corteccia, è evidente che su questa avrebbe dovuto portare effetti ben diversi da quelli prodotti da una diretta ed ampia comunicazione coll'ambiente esterno.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 22 novembre 1912.

Mantelli. *Ricerche anatomiche a proposito dell'ernia pettinea.* — Dai pochi casi conosciuti di ernia pettinea, compreso quello osservato dall'A., risulta che questa può presentarsi essenzialmente in due modi: la parte erniaria può essere situata in corrispondenza della loggia linfatica dell'anello crurale, precisamente come accade nelle ernie crurali ordinarie, oppure può trovarsi più all'interno nello spazio che è ordinariamente occupato dal legamento di Gimbernat. Nel primo caso, quando cioè il sacco fuoresce dall'anello crurale, esso di solito scende alquanto e precisamente di 2-3 cm. prima di impegnarsi sotto l'aponeurosi pettinea (ernie sottoaponevrotiche). Nel secondo caso invece, cioè quando fuoresce più all'interno, esso penetra nello spessore del muscolo pettineo fin dalla sua estremità superiore, cioè in corrispondenza del legamento di Cooper (ernie intramuscolari).

L'O. ha fatto delle ricerche anatomiche per chiarire il meccanismo di formazione delle ernie del secondo tipo, giungendo alle seguenti conclusioni:

1° Esistono degli orifizi vascolari nell'angolo diedro posteriore formato dal legamento di Gimbernat e dalla fascia pettinea, orifizi che possono assumere delle dimensioni considerevoli.

2° In corrispondenza di tali orifizi e immediatamente al disotto di essi, si trovano le fibre carnose superiori del pettineo. Perciò un sacco che s'impegnasse in uno di tali orifizi, entrerebbe in pieno corpo muscolare.

3° Nelle ernie pettinee intramuscolari si osserva precisamente che il sacco giace nello spessore del pettineo a cominciare dalla sua estremità superiore.

4° Se si volesse ammettere che il sacco fuoresce attraverso al legamento di Gimbernat, o immediatamente all'esterno di esso, male si comprenderebbe come si insinui nel pettineo alla sua estremità superiore, mentre invece non troverebbe alcuna resistenza in basso ed in avanti. Se per compressione dall'avanti dovesse entrare nel pettineo vi si impegnerebbe assai in basso, come accade precisamente nell'ernia pettinea sottoaponevrotica.

5° Supposto che fosse possibile tale impegnarsi del sacco all'estremità superiore del pettineo, le condizioni sarebbero uguali a quelle che si verificano nell'ernia di Cloquet propriamente detta e perciò il sacco dovrebbe essere sottoaponevrotico.

Satta e Fasiani. *Intorno alla natura dell'azione attivante dei lipoidi sull'autolisi del fegato.*

PIETRO SISTO

Società Eustachiana di Camerino.

Seduta del 9 dicembre 1912.

Presidenza: prof. A. FERRANNINI, presidente.

Prof. G. Gallerani. *Meccanismo di azione della colina sulla pressione sanguigna.* — Quando la iniezione intraperitoneale del cloridrato di colina nei conigli ha dato per risultato un abbassamento della pressione sanguigna, l'O. ha osservato che il taglio dei nervi depressori di Ludwig-Cyon ha per effetto l'innalzamento della pressione. La colina, quando abbassa la pressione sanguigna, simultaneamente rallenta i battiti cardiaci e rafforza la fase espiratoria, come vedesi nelle curve grafiche del respiro. Questo aumento della fase espiratoria è un fatto, che le precedenti ricerche dell'O. hanno notato per stimolazione dello speciale nervo sensitivo del cuore, che è il nervo di Ludwig-Cyon.

Prof. Luzzatto. Non c'è accordo tra i farmacologi circa la influenza della colina sulla pressione endovasale, la quale, anzi, risulterebbe innalzata, secondo i risultati di alcuni osservatori. Certa-

mente, le esperienze del prof. Gallerani sono interessanti, perchè sono poche le sostanze, sinora note come capaci di stimolare lo endecardio e abbassare, col meccanismo dei riflessi, la pressione sanguigna. Così agirebbe, ad esempio, la jodotirina o la jodotiroidina.

Prof. **Ferrannini**. La colina in una prima fase della sua azione o in certe date condizioni di esperimento, provoca aumento, anzichè diminuzione, della pressione sanguigna, forse perchè la stimolazione del nervo di Ludwig-Cyon, giungendo ai centri bulbo-midollari del grande simpatico, prima di stimolare quelli corrispondenti al simpatico vasodilatatore dell'addome, agli splancnici, si diffonde ad altri centri, la cui eccitazione si ripercuote sul simpatico generale vasocostrittore, anzichè sugli splancnici. In una fase ulteriore, lo stimolo si circoscrive ai centri corrispondenti agli splancnici, e si ha abbassamento generale della pressione sanguigna. Siccome la colina, essendo un prodotto di decomposizione della lecitina (infatti questa risulta di acido fosfoglicerico e colina), si produrrà in grande quantità durante il lavorìo nervoso centrale, specialmente midollare e cerebrale, la colina stessa potrebbe rappresentare un elemento chimico atto ad abbassare con meccanismo automatico la pressione sanguigna, la quale tenderebbe ad elevarsi troppo per effetto dello esagerato lavoro midollare o cerebrale.

Prof. **R. Luzzatto.** *Significato ed importanza degli acidi ossiproteinici nella patologia del ricambio.* — Nell'urina del cane e dell'uomo anche normalmente si trovano, ma in piccola quantità, quegli acidi, che, nella loro composizione contengono azoto e zolfo e furono chiamati ossiproteinici da Bondzynski e Gottliebe. Questi acidi contengono lo zolfo ligato stabilmente, non dànno la reazione xantoproteica, nè quella del biureto; dànno debole la reazione del Millon; non vengono precipitati dall'acido fosfowolframico; dànno la reazione di Erhlich. Si considerano come prodotti intermedi di ossidazione dell'albumina. Fra questi acidi i meglio studiati sono: l'ossiproteinico, l'antossiproteinico, e l'allossiproteinico. Il sale di bario di questi acidi è solubile in acqua, ma insolubile in alcool. Questa proprietà può essere utilizzata per la loro analisi quantitativa. Si lasciano pure precipitare dall'acetato o nitrato di mercurio, ma non dall'acetato di piombo. Per lo esame degli acidi ossiproteinici, l'urina viene precipitata con acqua di barite o di calce; si filtra, si allontana l'eccesso di sali terrosi mercè l'anidride carbonica e si concentra a sciroppo. Dopo estrazione esauriente di questo sciroppo con alcool e l etere, si scioglie il residuo in acqua e si tratta la soluzione, leggermente acidificata (acido acetico), con acetato di mercurio. Il precipitato, che contiene i due acidi, si tratta con idrogeno solforato. Dopo allontanato il solfuro di mercurio, dalla soluzione, si possono preparare i sali di bario o di argento di quegli acidi. Essi vengono a costituire la massima parte dello zolfo neutro dell'urina, e si trovano notevolmente aumentati nella gravidanza, nell'avvelenamento da fosforo, nelle malattie esaurienti (stadi avanzati della tubercolosi), nei casi di carcinoma, tanto che l'aumento degli acidi ossiproteinici si è voluto additare come sintoma di tumore maligno, da utilizzarsi nei casi dubbi.

Prof. **C. Ferraresi.** *Contributo allo studio delle metrorragie delle neonate.* — Debbono denominarsi metrorragie per la sede di elezione nella mucosa del corpo, eccezionalmente estesa allo estremo uterino della tuba. Sono più frequenti di quanto è creduto perchè, anche senza pregresse manifestazioni esterne, possono constatarsi in necroscopie dopo i primi giorni di vita. Discusse le ipotesi della mestruazione precoce e quelle meccaniche esclusive, l'O. crede confermare la dottrina tossica, sopratutto evidente nella asfissia endouterina, e connette le emorragie genitali a quelle frequenti della retina e ad altre manifestazioni patologiche (albuminuria, ittero dei neonati).

Prof. **C. Ferraresi.** *Sui fattori della mortalità e morbilità puerperale e del primo anno di vita.* — Le statistiche ufficiali della mortalità per infezione puerperale sono ben lungi dal segnare una attenuazione corrispondente ai progressi dell'assistenza tecnica. Altrettanto si verifica per la mortalità dei lattanti nei luoghi più lontani dai centri abitati. I dati della morbilità sono inevitabilmente meno precisi. L'O. richiama la tolleranza dell'esercizio empirico di levatrice, diffuso tuttora anche nelle regioni più progredite, secondo i risultati di una inchiesta. Questo empirismo deve considerarsi quale fattore eminente ed il più evidente delle infezioni materne e di una alimentazione irrazionale del lattante.

S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Di un caso di tromboflebite dopo una pneumonite lobare.

Credo utile, per i lettori del *Policlinico*, descrivere questo caso, capitatomi nella mia pratica privata, di trombo-flebite come postumo di una polmonite lobare.

Si tratta di un giovane contadino di anni 18, la cui storia clinica è molto semplice: tranne le comuni malattie dell'infanzia, non ha mai avuto malattia alcuna. In famiglia non vi ha nè tubercolosi, nè sifilide, nè alcoolismo. Il padre è morto a 54 anni di bronco-polmonite; la madre ha 60 anni, ed è sana e arzilla. Il fratello dell'ammalato è pure morto di bronco-polmonite, come di polmonite è morto uno zio da parte di madre.

Ha vivente un solo fratello, più giovane di lui, robusto e sano.

L'ammalato, da me visto il 1° novembre 1912, è affetto da una pneumonite al lobo superiore di destra; 40° di temperatura, 120 pulsazioni, dispnea molto intensa, ipofonesi alla percussione del lobo polmonare ammalato, e all'ascoltazione rantoli crepitanti numerosi, e leggero respiro soffiante. Io lo sottopongo a un leggero salasso di 200-250 cmc, prescrivo digitalina e olio di canfora. Nei giorni successivi, in cui seguito a somministrare digitalina, e olio di canfora per iniezione, la bronco-polmonite decorre, si può dire, normalmente, fino al giorno 7 novembre, giorno in cui succede, previa sudorazione abbondante e aggravamento generale, la solita defervescenza per crisi.

Il giorno 8, pur persistendo un leggero soffio bronchiale e dei rantoli crepitanti al lobo superiore di destra, l'ammalato è completamente sfebbrato.

Il giorno 9 novembre l'ammalato accusa un forte dolore alla coscia sinistra, specialmente alla sua parte interna, all'inguine, al polpaccio e al piede. Io nulla noto all'esame obbiettivo. Notte insonne, febbre leggera.

Il giorno 10 il dolore, sempre nelle medesime regioni ma specialmente al polpaccio è aumentato: ed io noto febbre a 39°, polso a 110, arto dolente alla palpazione, molto aumentato di volume, specialmente al polpaccio, edematoso alla parte interna della coscia, della gamba, e all'alluce.

L'arto è alquanto arrossato, quasi impossibilitato il movimento.

Il giorno 11 aumenta ancora sia il dolore, sia l'edema dell'arto.

La febbre raggiunge 39°.8; ed il polso è molto frequente, relativamente alla temperatura.

Dato i disturbi soggettivi, e l'aspetto dell'arto, formulo la diagnosi di tromboflebite, e prescrivo all'uopo una pomata all'ittiolo e al mercurio, del chinino, raccomandando in modo speciale l'innalzamento dell'arto, e l'assoluta immobilità.

I giorni seguenti, fino ad oggi 17 novembre, le condizioni generali e locali sono quasi stazionarie.

***

Casi simili di trombosi delle vene degli arti, seguita alla pneumonite, non sono rari [certo però molto più rari della tromboflebite da tifo addominale]. Dosi, nella *Clinica medica italiana*, descrisse un caso di « trombosi della vena cava ascendente parzialmente compensata da pneumonite ». Vari casi furono pure descritti dal Mya, il quale trovò il pneumococco nei coaguli delle vene trombizzate Parecchi casi furono raccolti dal Gauthier e Pierre e dal Da Costa.

Dott. S. AVAGNINA.

CASISTICA.

Su alcuni segni delle febbri eruttive detti patognomonici.

M. Perrin, in una importante comunicazione alla Società di medicina di Nancy, cerca di sfrondare l'aureola di cui i clinici in questi ultimi tempi hanno voluto circondare alcuni sintomi detti patognomonici delle febbri eruttive.

a) *Sensazioni speciali delle estremità nella scarlattina*. Questo segno, dovuto a P. Meyer, consiste in disestesie (torpore, formicolio, punture), che secondo l'A. accompagnerebbero e talora precederebbero l'eruzione scarlattinosa; si manifesterebbe più accentuato nei raffreddamenti improvvisi per bagni, maniluvi, ecc., manca il sintoma nelle angine non scarlattinose e nelle altre eruzioni.

Perrin, secondo la sua esperienza, pensa che il sintoma manca in un numero considerevole di scarlattinosi, mentre si presenta accentuato in altre intossicazioni ed infezioni eruttive o non: influenza, intossicazione mercuriale.

Il sintoma è dovuto all'irritazione dei filetti nervosi, senza che l'attacco giunga a vere lesioni di nervi, e si può verificare nella scarlattina come in qualsiasi altra infezione.

b) *Il segno della piega del gomito* nella scarlattina, dovuto a Pastia di Bucarest, consiste in un esantema continuo, lineare, intenso, localizzato alla piega del gomito, esantema sul principio roseo, poi rosso scuro, e talora addirittura ecchimotico. Può essere unico, ma le linee esantematiche possono essere due, tre, quattro, a seconda del numero delle pliche che il gomito forma alla piega. Tale sintoma è secondo il Pastia precoce, persiste durante l'eruzione, è quasi costante, non si riscontra nel morbillo nè nelle eruzioni tossimedicamentose.

Il Perrin trova la descrizione esatta d'ordinario, ma nei casi lievi manca spesso; ricorda che Marbé ha riscontrato il sintoma anche nei morbillosi, e tale constatazione esso stesso ha potuto fare: non solo, ma ha trovato il sintoma presente, nella sua forma tipica, in due casi di eritema scarlattiniforme, in un caso di lichen acuto, in un caso di eritema mercuriale. Anche nei pneumonitici, negli anginosi, nell'influenza, nel tifo durante la febbre alta quando la pelle si mostra congestionata si può ritrovare il segno di Pastia, ma esso scompare col cadere della febbre, senza che eruzione compaia.

Se il sintoma è interessante e assai frequente nei casi di scarlattina con esantema intenso, è tutt'altro che patognomonico.

c) La *facies* dello scarlattinoso determinata dal contrasto esistente tra il pallore delle labbra e del mento e il rossore intenso delle guance è secondo Fromont specifica, tanto da farne un elemento di diagnosi differenziale tra scarlattina e malattie che possono simularla.

Certo la *facies* descritta può far sospettare la scarlattina in periodo epidemico, ma e l'interpretazione e il carattere di specificità, pensa il Perrin, non sono giusti.

Il contrasto di colore dipende non da altro che da una congestione febbrile della faccia, della quale sono risparmiati le labbra e il mento per la loro struttura anatomica.

Il sintoma si può riscontrare nella polmonite, nell'influenza, nelle angine, nell'imbarazzo gastrico febbrile; per contro può mancare nello scarlattinoso. In conclusione nemmeno esso ha dignità di segno patognomonico.

d) Il *segno di Koplik* è caratterizzato dalla presenza, sulla faccia interna delle guance e delle labbra, da piccoli punti bianco-bluastri, sollevati, circondati da un alone rossastro, punticini che compaiono d'ordinario nei primi tre giorni che precedono l'eruzione morbillosa. Tale segno è dai più stimato patognomonico; raramente manca, non si ritrova talora per la sua fugacità, è sempre segno di infezione morbillosa. Il Perrin non lo ha ritrovato in casi di morbillo accuratamente seguiti, lo ha ritrovato sicuramente nella forma classica in un imbarazzo gastrico febbrile, in un caso di stomatite poltacea, in una angina semplice. Ricorda, che nelle più svariate malattie il segno di Koplik è stato ritrovato (quarta malattia, parotite, difterite, tosse convulsa, varicella, angina follicolare), e pensa che il segno di Koplik, non patognomonico, è l'esponente di una stomatite, un deposito epiteliale puntiforme che non differisce essenzialmente dai depositi poltacei ordinari (!).

t. p.

Sugli accessi febbrili periodici nella tubercolosi polmonare cronica.

Ognuno conosce la disposizione che hanno i tubercolosi all'insorgere dei periodi febbrili con riacutizzazione della tosse ed aumento dell'espettorato. I pazienti li attribuiscono a raffreddori insignificanti e li trascurano, il medico invece ha la tendenza in genere a mettere in rapporto ogni elevazione febbrile colla riacutizzazione del processo polmonare e spesso fa una grave prognosi che poi non è confermata dall'ulteriore decorso. La febbre dura di regola 8-10 giorni, poi cessa: l'ammalato può alzarsi ed attendere ai suoi affari, dopo qualche settimana l'accesso si ripete senza che esista una causa evidente.

L'Edson (*Boston Med. and Surg. Journ.*, Aug. 1, 1912) si è occupato a lungo di tali periodi febbrili ed ha praticato accurati esami fisici dei pazienti durante e dopo l'attacco: dalle sue osservazioni risulta che le condizioni del torace non si modificano menomamente, non si ha diminuzione di peso; ma ciò che è più caratteristico è che egli ha trovato una periodicità quasi perfetta degli accessi in ogni caso: i periodi si susseguono a distanza di 4-8 settimane, le piccole variazioni dipendono dall'intensità dei singoli accessi.

L'A. in base a questa periodicità e partendo dal fatto che questi periodi febbrili si verificano per lo più in individui con estese lesioni polmonari dove si ha una forte diminuzione del potere ossidativo e specialmente in quei pazienti che si iperalimentano ed evitano qualunque strapazzo

fisico, cerca di spiegarli con accumulo di materiale pirogeno non ossidato come lo dimostra la efficacia dei purganti, del clorato di potassio e dei salicilati.

La relativa rarità di questi periodi febbrili nelle donne sarebbe in rapporto con un compenso per opera delle mestruazioni e la coincidenza con le mestruazioni di questi attacchi nelle donne in cui essi si verificano parlerebbe appunto in favore di una tale interpretazione.

Un'altra conferma dell'ipotesi dell'A. sarebbe nell'efficacia della terapia da lui esperimentata, non degenza in letto, ma modico esercizio fisico, dieta povera di carne, forte introduzione di acqua e qualche lassativo e salicilati. Nel periodo inter accessuale l'A. consiglia l'esercizio fisico e di evitare l'eccessiva introduzione di alimenti specialmente carnei.

P. A.

TERAPIA.

Quelli che hanno sete.

Alla classe degli individui che hanno sete anormale appartiene una categoria di malati numerosi e diversi: febbrili, diabetici, dispeptici, ecc. I diversi stati morbosi non sono suscettibili del medesimo trattamento: vi sono alcuni malati di cui si può, e talora con vantaggio, contentare l'istinto della sete (febbrili, diabetici), degli altri, invece, in cui conviene frenare l'istinto (dispeptici, obesi, albuminurici).

I febbrili e i diabetici sono quelli che devono bere molto: nella febbre è difficile di contrapporre ai vari gradi d'elevazione termica, una equivalente dose di bevanda.

La pratica fornisce delle regole empiriche che possono subire variazioni individuali: se la cifra di litri 1 ½ di bevanda può essere ammessa allo stato normale, con una temperatura cioè variabile da 36 ½ a 37 ½, si può calcolare che 2 litri corrispondono od una temperatura di 38°, due litri e mezzo ad una temperatura di 38° ½-39°, tre litri da 39° a 39°.5, da tre litri e mezzo a quattro litri al di sopra di queste cifre. Alla bevanda acquosa leggermente acidula può essere addizionata nelle affezioni adinamiche una piccola quantità di alcool.

In tutte le malattie febbrili è meglio non somministrare latte e brodo il primo giorno: sembra che questi abbiano l'influenza di ridurre l'energia delle reazioni difensive e di prolungare il movimento febbrile; dopo uno o due giorni di febbre a dosi equivalenti di acqua si sostituiscono dosi di latte mescolato ad ¼, ⅓ d'acqua alcalina, e sarà permesso un brodo sgrassato, una o due volte al giorno.

La dieta liquida è preferibile alla solida, perchè essa aumenta la resistenza organica contro l'infezione (Teissier e Guinard l'hanno sperimentalmente dimostrato).

I diabetici, sia che siano grassi o che siano magri, che presentino o no acidosi, devono bere a loro piacimento: l'acqua ordinaria, le acque alcaline, gli infusi di camomilla, il the leggero, tutte queste bevande, purchè non zuccherate, possono essere prese durante o al di fuori dei pasti.

Alla maggior parte dei malati si può concedere un po' di vino (25-30 centilitri per pasto).

La cura esclusivamente idrica (3-4 litri d'acqua al giorno) può essere tentata nei diabetici grassi; si vedrà cadere rapidamente la cifra dello zucchero da 60 80 gm. a 15-20 gm. per litro; bisogna temere però l'acidosi, quindi il malato starà in completo riposo.

Anche la dieta esclusivamente lattea può dare dei buoni risultati: nella dose di tre litri al giorno circa, abbassa notevolmente la eliminazione dello zucchero: sembra che la sua azione consista principalmente nel moderare l'attività della cellula epatica.

Anche i poliurici essenziali (diabete azoturico, diabete insipido) devono bere a loro piacimento. Si ricordi però che la poliuria ed il senso di sete sono calmati dalla valeriana, dai bromuri, dall'antipirina.

Un'altra categoria di malati che hanno sete intensa è costituita dagli *urinari*: vi sono infezioni urinarie che, senza febbre, dànno secchezza della lingua, disturbi digestivi, sete intensa: tali malati devono bere poco (da un litro ad un litro e mezzo al giorno): l'eccesso di bevande aggraverebbe la malattia provocando distensione viscerale e renale.

Il regime delle bevande limitate è imposto anche agli albuminurici: si tratta di malati affetti da nefrite interstiziale e da disturbi dispeptici concomitanti: hanno sete, spesso sono pletorici e gottosi; secondo Martinet, la viscosità del sangue è elevata, ed è necessario mantenere ad essa un grado compatibile con gli scambi cellulari e con l'eliminazione renale; più tardi la viscosità con la comparsa dell'affezione renale diminuisce, ma i soggetti hanno già contratto l'abitudine di bere, ed hanno sete.

L'eccesso di liquido però distende il loro stomaco ed irrita l'organo renale, il liquido deve essere somministrato in dose che non sorpassi un litro e mezzo al giorno.

I dispeptici acuti, un po' meno i cronici, hanno sete; il loro stomaco si turba anche di più con

l'eccesso d'introduzione d'acqua: essi devono bere poco durante i pasti; dopo di essi si conceda un infuso caldo (è sufficiente in genere un litro di liquido al giorno).

Anche gli obesi, forse in rapporto con la viscosità del sangue hanno sete. La riduzione delle bevande è un buon metodo per determinare la diminuzione del grasso. Le bevande si somministrino a digiuno, al di fuori dei pasti, sotto forma di the leggero, senza zucchero: questo metodo favorisce l'eliminazione renale, diminuisce la fame, calma la sete; anche il sale deve essere contemporaneamente diminuito. *t. p.*

(*Journ. des Praticiens*, 1912, n. 41).

Contro l'epistassi.

Il prof. Ritschl di Friburgo racccomanda caldamente nella *Muenchener Med. Woch.*, n. 43, 1912, un mezzo semplicissimo per frenare l'epistassi: l'estensione del capo secondo Nägeli, la quale determina una forte anemia del capo, in seguito a stiramento e compressione dei grossi vasi, dei nervi e dei muscoli del collo, per un'eccitazione dei vaso-costrittori data dallo stiramento del simpatico cervicale. Per mettere in pratica il mezzo terapeutico il medico dispone le palme delle mani sotto l'angolo delle mandibole, con le dita rivolte alle parti laterali del capo, ed esercita una trazione uniforme verso l'alto. Per rendere più pronto l'effetto il capo viene portato anche all'indietro.

Ritschl ha osservato costantemente dopo uno o due minuti l'arresto dell'epistassi. Il procedimento è cosi semplice che alla prima evenienza si può provarlo.

T. I.

Gli effetti dei cardiocinetici sulla pressione sanguigna.

In questi ultimi anni la letteratura sulla pressione arteriosa è stata abbondantissima e le idee recenti sono alquanto diverse da quelle predominanti fino a pochi anni fa. Il Bumet ha ristudiato gli effetti della digitale sulla pressione sanguigna dal punto di vista clinico ed ha notato che questo rimedio non ha efficacia sulla pressione sanguigna. La sua azione è dovuta al miglioramento generale della circolazione con diminuzione o scomparsa della stasi renale.

L'azione diuretica della digitale non è dovuta all'aumento di pressione che essa determinerebbe; con ciò si spiega perchè la digitale non provoca mai diuresi negli individui con apparecchio cardiovascolare sano.

Le esperienze fatte dall'A. colla caffeina sono interessanti: egli esperimentando su sè stesso ha osservato che piccole dosi di caffeina non aumentano la pressione, dosi medie aumentano la pressione solo temporaneamente. La stricnina è il migliore eccitante del circolo sanguigno nei casi in cui la digitale fallisce, come nella polmonite; come ipertensivo è migliore della caffeina.

P. A.

IGIENE

I bagni nelle scuole.

Appena formulato questo titolo mi è sorto nella mente un dubbio: chissà che fra i lettori non vi sia qualcuno che, appena lettolo, si domandi « e che cosa c'entra? e che sono forse poche le malattie della scuola che ora dobbiamo anche aggiungerci qualche bronchite per un bagno malfatto? ». Ed è proprio così. Il bagno da una grandissima parte di noi, e non solo dalla parte più incolta, viene molto spesso considerato come qualche cosa che sta tra l'effeminatezza e la miniera dei raffreddori ed in ogni caso adatto soltanto per i signori e per le persone che non hanno niente da fare.

Il genere di educazione che quasi tutti noi abbiamo avuto, spiega se non giustifica, una opinione siffatta. La mancanza di stanze da bagno, od almeno capaci di permettere una sufficiente pulizia del corpo, nelle abitazioni della nostra borghesia è cosa comune; come è regola assoluta nelle abitazioni del popolo. Ma una cosa è anche più deplorevole e dimostra la mancanza completa del senso della pulizia ed è che spesso, anche in quei pochi appartamenti dove una stanza da bagno esiste, le funzioni alle quali questa è adibita sono ben diverse: un distintissimo professionista di Roma e cacciatore appassionato aveva riempito la bagnarola di paglia e l'aveva trasformata in cuccia per i suoi cani: e la sua moglie, per non essere da meno, adoperava il bidet come fondo di una gabbia di canarini.

È evidente che nulla si può fare sugli adulti per modificare un tale stato di cose: non è ai cani vecchi che è possibile insegnare a saltare e chi per lunghi anni non ha avuto l'abitudine della pulizia pel proprio corpo, difficilmente si adatterà ad abitudini diverse. È solo sui ragazzi che è possibile agire con speranza di

risultato e, nella maggior parte dei casi, è solo dalla scuola che possiamo avere aiuto.

L'instillare nella nuova generazione la virtù della pulizia in modo tale che essa diventi un abito oltre a rispondere ad un vero bisogno, costituisce un istrumento di educazione in un ramo dei più importanti della vita civile ed avrà certamente effetti rilevantissimi sulla educazione morale e civile del popolo nostro.

Provvedere ai bagni nelle scuole è molto meno costoso che provvedere ai bagni pubblici e spesso, specialmente nei piccoli centri, gli stessi locali e lo stesso materiale potrebbero servire ad ambedue gli scopi. Difatti, prescindendo dalle idee di lusso per amore delle quali tanto spesso da noi non è possibile mettere in pratica proposte utili e necessarie, che cosa occorre per far eseguire un bagno ogni dieci giorni ad un migliaio di ragazzi? Supponiamo, e il caso si verifica spesso, che nei locali della scuola non vi sia neanche un camerino od un angolo di corridoio adattabile allo scopo e che il Comune debba cominciare dal provvedere il locale. Questo fatto si verificherà specialmente nel caso che l'acqua che viene distribuita nel paese trovisi ad un livello inferiore a quello della scuola, nel quale caso è certamente meno costoso prendere in affitto il piccolo locale necessario che il trasportare l'acqua.

Ecco il *minimum* necessario per un impianto di bagni a doccia calda a 4 posti:

1. Locale di circa m. q. 20 (che in molti dei nostri piccoli comuni si può avere per una dozzina di lire annue).
2. Una caldaia, con focolare sottoposto, sorretta da travicelli di ferro infissi nel muro a 2 ½-3 metri di altezza L. 50.00
3. Una scaletta per accedervi . . » 50.00
4. Un serbatoio di miscela ad un'altezza di poco inferiore a quella della caldaia . . . . » 30.00
5. Tre tramezzi di lamiera di m. 2 di altezza ed 1 di larghezza da mettere ad angolo retto su una parete del locale in modo da costituire tre piccole cabine . . . . . » 24.00
6. Pavimento in cemento per le cabine (4 m. q.) . . . . . . » 20.00
7. Robinetti e tubo di piombo . . » 50.00
8. Fogna di scarico ed imprevisti . » 50.00

Totale . . . L. 274.00

La spesa d'impianto non è dunque davvero eccessiva.

Come dovrebbe funzionare uno stabilimento siffatto? Un bagno a doccia, anche facendo una buona insaponatura, richiede pochissimo tempo: un massimo di 15 minuti è più che sufficiente per tutte le operazioni necessarie. Calcolando perciò che il bagno verrebbe preso da quattro persone contemporaneamente e che mentre quelle stanno sotto la doccia altre quattro potrebbero incominciarsi a spogliare, si può benissimo valutare a 25 il numero dei bagnanti ogni ora. In sole 4 ore potrebbero comodamente prendere un bagno 100 ragazzi.

Il custode della scuola od una persona qualsiasi dovrebbe attendere a riscaldare l'acqua nella caldaia ed a farne discendere la quantità necessaria nel serbatoio di miscela in modo da avere in questo un'acqua ad una temperatura di circa 30 gradi. Dal serbatoio di miscela l'acqua passerebbe nella doccia delle 4 cabine che potrebbero esser fatte funzionare contemporaneamente dal custode stesso. In questo modo verrebbe impedito lo sciupìo dell'acqua e si regolerebbe con più esattezza la durata del bagno.

Contro l'istituzione di un bagno di tal fatta non si possono certo sollevare obbiezioni di ordine economico, perchè, se limitate sono le spese di impianto, limitatissime sono quelle pel funzionamento. Nè credo possono aver valore obbiezioni di ordine morale pel fatto che i ragazzi sono costretti a spogliarsi insieme. Chi di noi non ha veduto, durante le giornate più calde, torme di ragazzi spogliarsi sulle rive di un fosso e, col costume di Adamo, sgambettare nell'acqua e sulla spiaggia?

La difficoltà principale, in molti dei Comuni sarà forse quella di convincere gli amministratori che i danari spesi per educare la gioventù al culto della pulizia non sono danari buttati. Come anche, dopo compiuto l'impianto, cosa non facile sarà il vincere la resistenza passiva dei maestri e magari anche dei direttori delle scuole.

Nel convitto di uno dei più grossi Comuni della nostra provincia esistono da un paio di anni buonissimi bagni a doccia capaci, con una spesa pressochè nulla, di soddisfare ai bisogni di tutti i convittori. Ebbene, in due anni non si è trovato il momento opportuno per far funzionare le doccie!

Ma non credo che questa sia una ragione per trattenerci nel nostro lavoro di propaganda: insistendo e continuando ad insistere finiremo per perdere il primato della sudiceria, l'unico primato che, riconoscendo il nostro buon diritto, nessuna nazione civile oramai più ci contrasta.

S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(71). *Per la diagnosi di adenopatia tracheo bronchiale.* — Il dott. Anacleto Loffredo di Afragola (Napoli), ci chiede se esista un segno patognomonico dell'adenopatia tracheo bronchiale.

Il sintomo che con maggiore facilità si può rilevare e che ha maggior valore rimane sempre il sintomo di Smith, nonostante che recentemente alcuni autori abbiano voluto togliergli il valore patognomonico. Questo sintomo si pone in evidenza applicando lo stetoscopio in corrispondenza del manubrio dello sterno, e facendo arrovesciare molto all'indietro il capo del bambino: si può allora udire un rumore di soffio più o meno marcato, sincrono alle pulsazioni cardiache. Alle volte il soffio è così prolungato da esser continuo, con rinforzo in corrispondenza della sistole cardiaca. Quando il bambino pone il capo in posizione normale il rumore cessa. Il rumore è dovuto allo stiramento in alto del pacchetto ghiandolare ingrandito, stiramento dovuto alla posizione che si fa prendere al capo, ed è determinato dalla compressione che queste ghiandole determinano sulle grosse vene della regione. Il sintomo di Smith può qualche volta mancare quando le ghiandole non sono libere, ed hanno contratto aderenze: ma ciò avviene piuttosto raramente. A volte può esistere il soffio venoso in seguito ad ingrossamento del timo, ma in tal caso il rumore non varia con i movimenti del capo. Esistono anche altri sintomi, ma meno evidenti e non costanti della adenopatia tracheobronchiale. Tra questi il più notevole è dato dalla ipofonesi in corrispondenza della regione del manubrio dello sterno. La radiografia può con facilità porre in evidenza anche l'ombra causata dalle ghiandole ingrandite.

Il sintomo di Smith ha un grande valore, e si dovrebbe sempre ricercare nel fare l'esame del torace di un bambino.

M. F.

(72). *Sulla cura della disfagia.* — Sarà cortese a volermi dire che cosa conviene fare per un caso di disfagia cronica e intermittente e se possono usarsi le iniezioni di acido fenico e alcool per come potei leggere se non erro in un numero del *Policlinico.* Dott. A. B.

La disfagia è sempre sintoma di affezione dell'esofago od organi circostanti. La forma intermittente è per lo più in rapporto con un cardiospasmo. Una diagnosi esatta della malattia ci renderà edotti dell'indirizzo da seguire. Nel cardiospasmo i malati si giovano molto del passaggio sistematico delle sonde e della somministrazione dei comuni antispasmodici. P. A.

(73). *Ginnastica respiratoria nella tubercolosi polmonare.* — Un veterano della medicina italiana, il dott. Ottavio De Stefano, ci scrive a proposito di un articolo di Bezançon pubblicato nella *Presse Médicale* e recensito nel 1° fascicolo del nostro periodico per rivendicare l'applicazione della ginnastica respiratoria alla profilassi ed alla terapia della tubercolosi apicale.

Ci manda al riguardo l'estratto di un suo lavoro inserito nella « Scuola Medica Napoletana » sin dal 1882. In esso v'è anche abbondanza di osservazioni semeiotiche sulla diagnosi prococe della tubercolosi apicale. R. B.

(74) *Diagnosi radiologica al cancro gastrico.* — Desidero sapere: 1° se con la radiografia possa diagnosticarsi con sicurezza un tumore dello stomaco; 2° quale è il miglior Istituto di radiografia in Roma. Dev.mo

dott. Nascimbeni Ferrruccio

Treia, prov. Macerata.

La radiografia e, meglio, la radioscopia, forniscono buoni elementi sulla presenza del cancro gastrico, ma non consentono una diagnosi di certezza.

Alla seconda domanda, per ragioni ovvie, non possiamo dare una risposta. R. B.

VARIA

Il colpo di grazia. — È un compito singolare quello che da taluno si vorrebbe addossare ai moderni Ippocrati. È da presumere che questi rifiuteranno con energia il nuovo dono di Artaserse.

Si parla, dunque, di autorizzare i medici che prestano le loro cure a malati incurabili, di affrettarne la fine!

Vediamo di orientarci. Riusciamo noi a concepire dei casi nei quali chi ha la nobile missione di guarire, trovi legittimo arrogarsi il diritto di

uccidere? Ovvero il medico dovrà esaurire, sempre, tutte le risorse della propria arte, per rianimare la fiamma della vita in coloro nei quali minaccia di spegnersi?

Eschilo sembra ragionare con saggezza quando dice « val meglio morire che soffrire crudelmente per tutta l'esistenza ». È anche l'opinione di Tommaso Moro, od almeno quella ch'egli espone nella sua *Utopia*:

« Quando qualche utopista — scrive — è affetto da una malattia che non lascia nessuna speranza di guarigione o di sollievo, i preti ed i magistrati vengono a consigliargli di abbandonare una vita la quale non è più che un peso per sè e per gli altri ».

La dottrina di Moro si accorda, sembra, con la pratica dei selvaggi che uccidono i vecchi e gl'infermi divenuti un gravame per la comunità. V'è però questa differenza: mentre il selvaggio misura il valore della vita altrui dal profitto che può trarne, il filosofo mira solo al caso in cui la vita è divenuta una lenta tortura, senza nessuna possibilità che questa si mitighi.

Quanti hanno assistito, impotenti e desolati, allo spettacolo di un essere caro che si dibatte tra dolori atroci, comprendono il grido del cuore sfuggito al compositore Berlioz, la cui sorella, morente di un cancro al seno, era preda delle più orribili sofferenze:

« Non si troverà dunque un medico abbastanza audace per mettere fine a questo martirio! Si somministra il cloroformio per evitare il dolore di un'operazione chirurgica la quale dura solo pochi minuti, e non si ha il diritto a ricorrervi per far cessare una tortura che dura da parecchi mesi, quando è provato che nulla, neppure il tempo, può guarire l'atroce malattia e la morte sarebbe la liberazione, la gioia suprema, la felicità! ».

« Ma — aggiunge con ironia il geniale artista — la legge e la religione vi si oppongono!......».

***

Noi medici riteniamo di essere autorizzati a ricorrere ai calmanti ed agl'ipnotici per alleviare o guarire quando possiamo; ma forzare le dosi per abbreviare l'esistenza, non è più compito nostro.

La nostra missione è di guarire, non di uccidere, come seppe replicare fieramente Desgenettes a Buonaparte.

È ben noto questo episodio.

Buonaparte, vedendo l'ospedale di Giaffa, in Egitto, ingombro di malati, manda a cercare Desgenettes. E dopo avere insistito sui pericoli del contagio, termina il suo discorso con questa ingiunzione:

« Occorre prendere un partito: non v'è che la distruzione dei pestiferi giacenti negli ospedali che possa arrestare il male ».

Desgenettes protesta contro il procedimento speditivo che Napoleone vorrebbe applicare ai disgraziati e termina dichiarando:

« Nè i miei principii, nè la dignità della mia professione, mi consentono di divenire assassino; e se, per formare un grand'uomo, occorrono qualità simili a quelle che voi sembrate vantare, ringrazio Dio di non possederle ».

La risposta di Desgenettes è quella che al suo posto avrebbe data qualunque medico degno di esserlo. Napoleone, d'altronde, comprese quanto il suo ordine potesse venire male interpretato. E più tardi tentò più volte di giustificarsene.

Le sue spiegazioni sono abbastanza speciose.

« Io non penso — dichiarava a Sant'Elena — che sarebbe stato commettere un delitto dare dell'oppio ai pestiferi: al contrario, sarebbe stato obbedire alla voce della ragione. Qual'è l'uomo che non avrebbe preferito una morte pronta all'orrore di vivere in quello stato, esposto alle torture più spaventevoli da parte di quei barbari? Se mio figlio — eppure credo di amarlo quanto un padre può amare la sua creatura — fosse in una situazione simile a quella di quei disgraziati, il mio avviso sarebbe di comportarsi allo stesso modo. E se mi ci trovassi anch'io, esigerei che si facesse altrettanto verso di me ».

In un'altra circostanza però egli si dimostra meno affermativo:

« Ho spesso riflettuto in seguito — dichiara — su questo punto di morale e il mio avviso è che in fondo vale sempre meglio soffrire e che un uomo compia il suo destino, qualunque esso sia ».

Così è che, quando il suo amico e compagno d'armi Duroc fu sventrato sotto i suoi occhi, e l'infelice urlava di dolore, Napoleone ebbe a dirgli: « Vi commisero sinceramente; ma ai vostri mali non c'è rimedio: occorre soffrire sino alla fine ».

***

Che, in casi simili, il paziente deliberi se egli debba o non mettere fine alle sue sofferenze, è una questione che egli risolve nella propria coscienza; ma se l'idea di un suicidio è contraria alla sua fede, con qual diritto la responsabilità ch'egli ricusa di assumere, si rigetterebbe su altri?

Se pure un simile mandato non ripugnasse al compito del medico e non fosse contrario ai suoi istinti ed alle sue tradizioni, se mai il legislatore dovesse decidersi a confidargli questa terribile responsabilità, il medico avrebbe il dovere, verso l'umanità e verso la scienza, di non accettarla.

In un tempo in cui le scoperte si moltiplicano ed i nuovi metodi di diagnosi e di trattamento autorizzano e legittimano tutte le speranze, i mali che oggi reputiamo inguaribili, domani verranno forse vinti.

Se l'onore può essere restituito talvolta a coloro cui una sentenza ingiusta lo ha tolto, non sarebbe mai in nostro potere di restituire la vita.

(Da un articolo di CABANÈS, in *La Belg. Méd.*, 3 nov. 1912). R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

L. **Landois' Lehrbuch der Physiologie des Menschen.** Bearbeitet von R. ROSEMANN. 13ª edizione. Vol. I, in-8° gr., di pag. 464. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913, M. 9; rilegato M. 10.

Come le due precedenti, questa 13ª edizione tedesca del classico trattato di Landois è stata curata del prof. Rosemann, il quale l'ha diligentemente riveduta, sebbene poco tempo sia trascorso dalla precedente edizione, e l'ha posta al corrente dei progressi ultimissimi realizzati nel campo della fisiologia.

Il lavoro conserva gl' intendimenti primitivi. Raccoglie una ingente messe di cognizioni e le presenta in uno stile sobrio, stringato e, ad un tempo, semplice e nitido.

Sovratutto — come già ebbe a rilevare Moleschott presentando la versione italiana — mette in evidenza le applicazioni della fisiologia alla patologia. In questo modo abitua il medico a pensare fisiologicamente.

Il giudizio formulato dal Moleschott — riportato in tutte le edizioni e traduzioni — venne dal Landois considerato come « il più bello elogio » fatto alla sua opera magistrale. Esso dà ragione del successo che il libro continua ad avere tra i medici.

Il volume attuale comprende: una introduzione generale, la composizione dell'organismo, la fisiologia del sangue, della circolazione, della respirazione, della digestione, dell'assorbimento, del ricambio organico, delle escrezioni, del calore. È illustrato da 132 nitide incisioni e da una tavola.

Seguirà presto il 2° volume.

G. FRANCESCHINI. **Igiene sessuale.** Manuale Hoepli. Milano, 1913, lire 2.

Questo volumetto è un contributo prezioso all'educazione sessuale. Il suo scopo è di concorrere alla salvezza fisica e morale dei due sessi, mediante consigli assennati.

L'A. sviluppa dapprima il piano dell'insegnamento; poi dà concise nozioni sulla fisiologia della procreazione; poi affronta le questioni relative all'igiene sessuale, alle malattie venereo-sifilitiche, all'eredità, alla maternità, al matrimonio; termina con un magnifico capitolo sull'igiene del sentimento, in cui svolge delle vedute molto personali.

Il volume s'ispira all'ardita riforma del ministro Credaro, il quale ha prescritto l'insegnamento dell'igiene sessuale nelle scuole.

I maestri e i genitori potranno attingervi elementi utilissimi per questo insegnamento; il libro si rivolge anche più direttamente ai giovani.

Esso sa destare interesse: è il principale segreto della pedagogia.

R. LYNCH. **Rapport présenté à l'occasion d'expériences faites dans les Écoles, etc.** 1 vol. in-8 grande di pag. 293, Buenos Aires, 1911.

Il dott. Lynch si vanta di avere creato di sana pianta la coprologia clinica nella Repubblica Argentina. È un ramo delle discipline mediche che noi, in Europa, siamo abituati ad attribuire a Loeper in Francia, a Strassbarger e A. Schmidt in Germania.

Dalle sue investigazioni egli ha tratto un nuovo metodo curativo delle affezioni gastro-intestinali. L'ha applicato ambulatoriamente su moltissimi bambini, e nelle scuole di Buenos Aires su 35 ragazzi dispeptici e neuropatici, ottenendone risultati oltremodo lusinghieri.

In questa lunga relazione — presentata al prof. Ramos Mejía, presidente del Consiglio Nazionale d'Educazione e direttore della Clinica neuropatologica di Buenos Aires — l'esimio studioso raccoglie i principii fondamentali, le deduzioni, i risultati ultimi del metodo ed espone le esperienze con tanto successo compiute nelle scuole.

Il metodo è a base di norme dietetiche e della somministrazione di sostanze astringenti, lassative ed assorbenti; ma l'A. si astiene dal descriverlo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito delle condizioni dei medici militari.

Riceviamo la seguente lettera:

« Le chiediamo ospitalità nelle colonne di cotesto nostro indispensabile giornale per la seguente osservazione pregandolo a scusarci se per circostanze speciali di posizione siamo costretti a mantenere l'incognito.

« Mentre per rialzare moralmente e finanziariamente le sorti della classe medica, così fino ad ora ingiustamente trattata, si è ricorso all'arme fortunata dei boicottaggi, delle diffide contro i *krumiri*, ecc., questi ultimi hanno trovato uno sbocco per la loro poco lodevole attività, infiltrandosi silenziosamente e cogliendo l'occasione propizia, nelle file del Corpo sanitario militare, ai cui componenti la disciplina vieta risentimenti e proteste.

« La scarsità degli ufficiali medici effettivi, avrebbe dovuto da gran tempo indurre il Governo ad aumentarne il numero, e guidarlo ad offrire allettamenti maggiori con miglior trattamento di carriera ed economico (indennità massima di trasferta fuori sede, attualtualmente lire 5.60 per la prima quindicina, e lire 2,25 per la seconda, poi... niente!). Ma è un sogno sperare che a ciò si giunga, giacchè il Ministero della guerra può solidamente contare sulla classe dei *krumiri* che, cosa dolorosa a constatarsi per il decoro dell'intera famiglia medica, va sempre ad aumentare.

« Quando come è successo in un passato prossimo, e come maggiormente succederà per l'avvenire, dato lo sviluppo coloniale, si constati insufficienza numerica degli ufficiali medici, un *ukase* ministeriale invita ad assumere servizio tutta la numerosa falange dei medici di milizia territoriale, di complemento, di riserva, ecc., che personalmente vengono officiati dai direttori di Sanità, con l'assicurazione che sarà loro assegnata, a danno degli effettivi, la parte meno ingrata del servizio.

« E allora avviene la calata! Dalle più inospiti condotte, dai più remoti *fonduk*, dalle sedie delle farmacie sgangherate e vuote nell'attesa di clienti, dagli ozi della posizione ausiliaria, pervengono medici, allettati da un temporaneo urbanesimo, e accettando il compenso non certo decoroso di lire 5 o 6 al giorno, colmano i vuoti, e precludono ogni aspirazione di miglioramento alla classe dei poveri medici militari effettivi.

« Il Governo vede tappati i buchi, ha quello che vuole, gli basta tirare avanti a furia di compensi, ed è lieto di non occuparsi affatto dello stato di chi invecchia in attesa di doverosi miglioramenti che lo uguaglino agli altri ufficiali dell'esercito. E che dal Governo sia tenuta in non cale l'opera dei medici, lo dimostrano gli ultimi compensi ai nostri colleghi caduti in Libia.

« Che cosa mai avverrebbe se nella categoria di altri impiegati della Stato, se fra i magistrati, fra gli impiegati postali o delle ferrovie penetrassero *krumiri* che prostituendo la professione dinanzi ad un meschino guadagno, ritardassero raggiungimento di benefizi, ed abbassassero l'entità dell'opera prestata, dinanzi agli occhi del Governo?

« Nella speranza che Ella voglia spendere la sua autorevole parola in pro' della nostra giusta causa, ed ospitare nelle colonne del giornale questa lettera acchè gli Ordini dei medici sieno edotti del fatto, Le professiamo la nostra alta stima e gratitudine.

Alcuni ufficiali medici del R. Esercito ».

Abbiamo pubblicato integralmente questa lettera (malgrado qualche frase che ci pare eccessiva), sia per l'importanza del fatto specifico denunciato, sia perchè essa documenta uno stato d'animo dei più impressionanti.

Nulla è più pernicioso, non tanto per gli interessi della classe quanto per quelli del paese, della politica che seguono i ministri della guerra e della marina di fronte al malcontento che ogni giorno più ingigantisce nei corpi sanitari militari. I due autorevoli personaggi chiudono gli occhi per non vedere e si tappano le orecchie per non sentire; e sono tutti giubilanti se la burocrazia militare sa suggerire loro qualche piacevole espediente aleatorio sul genere di quello di cui si parla nella lettera.

Noi siamo profondamente convinti che per migliorare le condizioni dei medici dei corpi

sanitari militari occorrono rimedi radicali che elevino la dignità di questi degnissimi fra gli ufficiali dell'esercito e della marina e ne assicurino le sorti economiche; abbiamo raccolto personalmente in Tripolitania, fra questi nostri colleghi così serenamente e semplicemente eroici nell'adempimento del loro arduo dovere, l'impressione che il ritardare questi rimedi non è soltanto una grande ingiustizia perpetrata dallo Stato ai danni di una classe di funzionari che gli rende servizi del più alto valore, ma è atto di imprevidenza cieca da parte di chi è a capo della cosa pubblica.

La pletora dei medici che escono dalle nostre Università diminuisce ogni anno; le condizioni delle condotte sono migliorate; i krumiri della milizia territoriale impareranno presto ad aprir gli occhi; e le amministrazioni militari si troveranno fra pochissimi anni nella condizione di fare invano appello a quella classe che oggi tengono in dispregio. Gli indizi dell'avvicinarsi di quel momento si accrescono; i concorsi vanno deserti, le dimissioni sono frequenti, le difficoltà di riempire i quadri sono già assillanti e diventeranno insuperabili.

Pensarci in tempo sarebbe opera saggia oltrechè patriottica. Continuare nel sistema attuale dei mezzi termini, e tirar innanzi alla peggio con un corpo sanitario militare per metà composta di scontenti e per metà di vecchie cariatidi esumate dalla posizione ausiliaria o dalla riserva navale sarebbe politica non solo iniqua ma contraria agli interessi dell'esercito e dell'armata; e non crediamo che vorranno seguirla gli attuali ministri militari che nella recente campagna di Libia hanno avuto i documenti del valore tecnico e militare e della disciplina dei loro medici, che si illuminarono di fulgida luce sia sui campi di battaglia e negli ospedali di guerra, sia a bordo del *Re* e della *Regina d'Italia*.

CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei medici. — Il Consiglio federale si adunerà sabato 22 corrente alle ore 10 in 1ª convocazione, per la quale occorre la presenza di sette membri. Qualora non si raggiunga questo numero l'adunanza si terrà alle ore 14 in seconda convocazione, per la quale occorre la presenza di cinque membri.

Ordine del giorno.

1° Comunicazioni del presidente.

2° Sull'obbligo dell'iscrizione all'Ordine e sul voto emesso al riguardo dal Consiglio superiore di sanità.

3° Sui provvedimenti contro gli inscritti agli Ordini che si rifiutano di pagare il contributo.

4° Proposte di modificazioni al regolamento sugli Ordini.

5° Tariffe giudiziarie.

6° Sull'articolo 439 del Codice penale (obbligo del referto).

7° Sull'obbligo che nei concorsi sia presentato il certificato di iscrizione all'Ordine.

8° Vertenza fra gli Ordini dei medici di Cremona e Piacenza.

9° Pubblicazione del Bollettino federale.

10° Pagamento delle indennità per la campagna antimalarica.

11° Sui medici stranieri (Ordine di Porto Maurizio).

12° Provvedimenti per l'eredità Toscani.

13° Compensi ai medici per i certificati per infortuni sul lavoro.

14° Eventuali proposte dei singoli consiglieri.

15° Programma dei lavori del Consiglio nell'anno 1913.

Ordine dei medici di Roma. — Nella votazione di ballottaggio che ebbe luogo domenica 9 febbraio per la nomina di un membro del Consiglio di amministrazione dell'Ordine dei medici della provincia di Roma fu eletto il dott. Ignazio De Nicola, con voti 93, contro il dott. Ulisse Malusardi (che aveva pubblicamente dichiarato di ritirarsi) che ne ebbe 23.

Il nuovo Consiglio radunatosi il 13 corrente elesse presidente dell'Ordine il dott. Enrico Ballerini, segretario il dott. Alfredo Garofalo e tesoriere il dott. Ernesto Venere.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3641) *Aumenti sessennali - Cassa pensioni.* — Il dott. G. M. da M. C. chiede conoscere se abbia diritto all'aumento sessennale, essendo stata la condotta ridotta ai soli poveri dal 1° gennaio 1913 e se il contributo Cassa pensioni sia di sole lire 60 annue, quante glie ne ritiene il Comune.

Noi riteniamo che col 1° gennaio 1913 Le competa l'aumento sessennale del decimo sullo stipendio, perchè per capitolato detto aumento è accordato a partire dal 1° gennaio 1907. Se nel decorso del sessennio avesse Ella ottenuto un aumento di assegno, avrebbe dilazionato l'acquisto del diritto; ma avendo, invece, ottenuto una di-

minuzione, per effetto della trasformazione della condotta, non Le si può negare la corrisponsione del decimo di aumento. Il contributo della Cassa di previdenza è anche ora di annue lire 132; se il Comune Le ne ritiene solamente 60 vuol dire che paga per proprio conto la differenza di lire 72.

(3642) *Condotta esercitata da medici ospitalieci.* — Il dott. V. B. da V. chiede conoscere se uno ospedale che abbia per proprio statuto l'obbligo di curare e ricoverare i poveri affetti da malattia acuta e di curare nelle proprie case i poveri infermi di malattia attaccaticcia o cronica, non che quelli che, affetti da malattia acuta, non trovassero posto nei letti dell'ospedale stesso, e che, oltre a ciò, provveda alla cura anche degli altri infermi poveri a domicilio col concorso del Comune, possa liberarsi da tale ultimo onere, facendo riprendere al Comune la cura delle infermità acute a domicilio.

A noi non sembra dubbio che l'ospedale possa riversare al Comune l'onere della condotta per i poveri. Lo statuto non estende a tutte le infermità l'obbligo di assistenza da parte del nosocomio, ma solamente a quelle di indole attaccaticcia o cronica.

La mancanza dei letti nell'ospedale deve essere di volta in volta accettata da parte della amministrazione ospitaliera medesima, che, respingendo per tal motivo qualche infermo, darebbe incarico ai suoi medici di assisterlo a domicilio. Finora la condotta è stata esercitata facoltativamente, ed ogni atto facolta tivopuò sempre cessare, di fronte all'obbligo ineluttabile spettante alla amministrazione municipale per effetto dell'articolo 24 della legge sanitaria.

Passando la condotta al Comune potrebbe esso vietare ai propri medici il servizio cumulativo con l'ospedale.

(3643) *Elenco dei poveri - Criterio per la sua compilazione.* — Il dott. A. M. da R. chiede conoscere quali criteri occorre seguire nella redazione dello elenco dei poveri: se alla redazione stessa debba intervenire il medico condotto, e se può essere ritenuto nullo un elenco formulato nel 1907 senza l'intervento del medico.

Criterii aprioristici per la formazione dell' elenco dei poveri non si possono dare, varie essendo, a seconda dei diversi luoghi, gli elementi che concorrono a far ritenere una famiglia *povera* agli effetti della cura gratuita. Lo stesso articolo 16 del detto regolamento generale sanitario si dispensa dal darli. Alla formazione dello elenco deve prendere parte anche il condottato, giusta il disposto dell'articolo 17 del detto regolamento. L'elenco del 1907, non essendo stato prodotto ricorso in tempo utile, è oramai definitivo e deve essere osservato fino a che non sia modificato.

Essendo trascorsa di poco l'epoca per la revisione di quest'anno, domandi al Comune ed al medico provinciale a che a tale dovere si adempia.

(3645) *Pensioni - Computo di servizio.* — Il dottor XXX da P. desidera conoscere quando egli compirà 25 di servizio essendo stato nominato medico condotto con regolare atto in data 4 maggio 1892.

Ella compirà 25 anni di servizio il 30 novembre 1916, dovendosi tener presente che 24 anni e 6 mesi di servizio sono calcolati per 25 agli effetti della pensione.

(3647) *Servizio provvisorio - disdetta - effetto - circa la stabilità.* — Il dott. A. R. da M. è medico provvisorio fin dal 1911 con nomina durevole fino a quando il servizio medico non fosse stato coperto a norma di legge. Il concorso è stato bandito ed egli è stato diffidato a lasciare il servizio col 30 luglio prossimo. Desidera conoscere se l'atto che gli ha notificato il Comune possa danneggiarlo pel caso che egli risultasse vincitore nel concorso che è aperto.

L'atto che Le ha notificato il Comune non può danneggiarla per un eventuale acquisto di stabilità, perchè starebbe pure sempre il fatto che Ella passa dal vecchio al nuovo stato senza interruzione di sorta e senza alcuna discontinuità materiale. Riteniamo che il Comune abbia avuto in mente di evitare possibili contestazioni pel caso che non fosse Ella il vincitore del concorso, e non altro.

(3648) *Visita delle carni da macello - Armadio farmaceutico - Riscossione valore medicinali - Cura di un infermo di passaggio.* — Il dott. F. P. da M. S. desidera conoscere se non esistendo nel Comune pubblico mattatoio possa essere obbligato a girare per tutte le rivendite per visitare le carni, - se egli abbia il dovere di riscuotere il prezzo dell'armadio farmaceutico, di cui ha la gestione, ed a chi possa rivolgersi per ottenere il pagamento della cura prestata ad un individuo che si era recato nel Comune per eseguire un lavoro in cemento.

Non può essere obbligato a girare per tutte le rivendite allo scopo di verificare la carne da macello. Il sindaco con apposita ordinanza dovrà invitare gli esercenti a condurre in determinato posto ed ora i propri animali onde essere riconosciuti macellabili ed essere bollati. Non è il medico obbligato a riscuotere il prezzo dei medicinali dell'armadio che gestisce. Detto prezzo si riscuote dal tesoriere comunale in base ad analoga comunicazione, che riceverà dal medico stesso. Per i morosi si applicano le norme in vigore per la riscossione delle entrate comunali. Crediamo che l'operaio, cui allude possa essere

ritenuto come povero di passaggio e che per conseguenza sia al caso applicabile il disposto dell'articolo 19 del regolamento generale sanitario.

(3649) *Ufficiale sanitario - Incompatibilità di chi è medico condotto.* — Il dott. F. V. da B. C. desidera conoscere se il medico condotto può essere esonerato dall'ufficio di ufficiale sanitario esistendo in paese diversi liberi esercenti e, nella affermativa, per quale articolo di legge e quale la procedura da seguire.

Recente giurisprudenza si è in modo costante affermata nel senso che quando in Comune si stabilisca od esista un libero esercente deve il medico condotto essere esonerato dalla carica di ufficiale sanitario, che eventualmente rivestisse. Ciò in base al disposto dell'articolo 18 della legge. Occorre con domanda stesa su carta da bollo di centesimi 60 invocare dal Prefetto della provincia, la sostituzione, accennando allo sconcio ed alla violazione di legge che si verifica.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

BAGNI DELLA PORRETTA (*Bologna*). — Condotta; L. 3400 e L. 250 per spesa di trasporto. Scadenze 25 febbr.

BAROLO (*Cuneo*). — Condotta pei poveri; lire 1600 e L. 100 quale uff. san. Probabilità di assegno annuo (circa L. 600) se l'eletto sarà beneviso all'Amministrazione dell'Opera pia Barolo. Obbligo di residenza. Scad. 15 marzo.

BELLEGRA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 lorde aument. e L. 100 quale uff. san. Non più di 50 anni, s. e. r. Scad. 20 febb.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). — Condotta; L. 3700 per i soli poveri; ab. 2721. Scad. 20 febbr.

CARIGNANO (*Torino*). *Ospedale poveri infermi.* — Chirurgo primario. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 28 febbr.

CARPANETA DOSIMO (*Cremona*). — Condotta libera; L. 3600 nette pei poveri; L. 500 bicicletta; due sessenni. Ab. 1513. Scad. 28 febbraio.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — Condotta; L. 3000 pei poveri; aumentabili a L. 4200; L. 600 mezzi di trasporto. Scade 20 febbraio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotta pei poveri e uff. sanit.; L. 1800 e L. 200 per mese congedo. Scad. 20 febbraio.

CIVITELLA DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Condotte di Civitella e di Ciggiano; L. 3000 ciasc. e due sessenni; L. 500 per spese di trasferta; L. 300 per vicendevole sostituzione. Età limite 45 anni. Scad. 20 febbraio.

CORREGGIO (*Reggio Emilia*) Condotta residenziale. Esame (quesiti riflettenti in ispecial modo l'ostestricia). L. 2500 e tre sessenni. Scad. 28 febbr.

* COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta piena per circa 3160 ab.; L. 4000 e 4 sessenni; L. 100 finchè disimpegnerà le funzioni di uff. san.; lire 600 per cavalc.; alloggio o indennità di L. 200 e L. 40 per infortuni. Scad. 28 febbr.

CREMA (*Cremona*). — *Ospedale Maggiore.* Medico chirurgo ostetrico assistente; L. 1400 lorde, camera arredata, riscaldamento e luce. Età massima 35. Scad. 28 febbraio.

* DESULO (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 4000 nette. Scad. 28 febbraio.

* FICULLE (*Perugia*). — Concorso ad una delle due condotte comprimarie; L. 3130 senza obbligo di cav. Riposo quindicinale. Autorizzazione ad accettare eventuale nomina medico di sezione delle ferrovie. Ab. 3186. Scad. 22 febbraio.

FIGINO (*Como*). — Condotta con Novedrate; L. 3500 aument. Ab. 2885. Scad. 20 febbraio

GATTEO (*Forlì*). — Condotta pei poveri di Sant'Angelo; ab. 2300 circa di cui 500 poveri; L. 3000 lorde, L. 600 per cavalc. e L. 150 per ambulatorio. Scad. 25 febbr.

* GENOVA. — Due posti di medico condotto per assistenza gratuita aventi diritto, constatazioni morti, nascite, vaccinazioni, ecc. L. 2500 aument. ciasc., non più di 35 anni, s. e r. Occorre almeno triennio di esercizio professionale. Scad. 28 febb.

GRONDONA (*Alessandria*). — Consorzio sanitario con Roccaforte Ligure. Aperto a tutto il 22 febbraio, concorso alla condotta piena, coll'obbligo delle funzioni di uff. san. Stipendio annuo complessivo lire 3200 ed alloggio gratuito.

LOMBARDORE (*Torino*). — Condotta consorziale; L. 2150 per 48 famiglie povere e quale uff. san. Sono assicurati altri proventi fissi, oltre quelli per la cura degli abbienti. Scad. 4 marzo.

LOREO (*Rovigo*) 1ª condotta; L. 3800 pei poveri, L. 100 uff. san. Scade 20 febbraio.

MASERA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1060. L. 3250 lorde di R. M., L. 100 quale uff. san. Tre sessenni. Decente alloggio gratuito. Scad. 28 febb.

* MEZZANINO (*Pavia*). — Condotta e uff. san.; L. 3600 lorde. Scad. 25 febbr.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). Condotta piena; L. 2200 e L. 100 quale uff. san. Scad. 10 marzo.

MOGGIO UDINESE (*Udine*). — Condotta poveri; L. 3000 lorde e L. 100 se uff. san. È in corso di approvazione l'aumento a L. 4000. Scad. 25 febb.

MOLA (*Bari*). — Due condotte per i poveri; L. 1000 per l'anno in corso e L. 1300 dal 1° gennaio 1914; 4 sessenni — Una delle due condotte sarà affidata ad uno specialista chirurgo ostetrico, che percepirà, oltre lo stipendio, un assegno annuo di L. 1700. Scad. 28 febbraio.

MOTTA MONTECORVINO (*Foggia*). — Condotta per poveri; L. 1450; tenuta armadio farmaceutico; L. 200 per servizio ufficiale sanitario; senza obbligo cavalcatura e senza zona malarica. Famiglie abbienti 469, povere 40. Non vi sono altri sanitari. Scadenza 28 febbraio.

ONCINO (*Cuneo*) — Condotta per i poveri (50 circa); L. 2400. Scad. 28 febbraio.

PALIZZI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena pel centro e Pietrapennata; L. 3400 lorde e 3 sessenni. Compartecipazione sussidio governativo per la lotta antimalarica. Scad. 25 febbraio.

PECCIOLI (*Pisa*). — Condotta residenziale; lire 2500 e L. 200 per cavalc. Scad. 26 febbr.

PELLA (*Novara*). — Condotta piena con Artò e Boleto; L. 3100 lorde e L. 300 se uff. san. Abitanti 1700 circa. Scad. 28 febbr.

POLIGNANO (*Bari*). — Condotta; L. 1100 pei poveri; abitanti 8967 agglomerati e 1110 sparsi. Scade 28 febbraio.

ROCCAVERANO (*Alessandria*). — Condotta; lire 800 per 21 famiglie povere, L. 200 quale uff. san., L. 500 per cavallo, L. 300 per indennità sostituzione. L'abbonamento degli abbienti dà un provento annuo di circa L. 2500. Ab. 2285. Parecchi Comuni vicini si servono del medico di Roccaverano. Non più di 35 anni. Scad. 28 febbr.

ROSAZZA* (*Novara*). — Condotta pei poveri; ab. 984; L. 1200 e L. 60 se uff. san., lorde. Scad. ore undici e tre quarti del martedì 25 febbraio.

RUTINO (*Salerno*). — Condotta piena; L. 2000 e L. 75 quale uff. san. Scad. 8 marzo.

SAN GERMANO CHISONE (*Torino*). — Consorzio sanitario con Pramollo e Inverso Porte. Pop. 3200. Per i poveri (non oltre il 10 %) stipendio L. 2000, più L. 250 quale uff. san Scad. 20 febbraio.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta piena pel 2° reparto e fraz. (ab. 2100 circa); L. 3800 lorde; obbl. cavalc.; L. 200 quale uff. san. Scad. 5 marzo.

SIZZANO (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1741; L. 3200 lorde e L. 200 quale uff. san.; alloggio; due sessenni. Scad. 25 febbr.

VERONA. *Ospedale civile.* — Medico chirurgo assistente di 1ª categor. L. 1400 lorde ed accessori. Scad. 28 febbr. Per schiar.: Consiglio ospitaliero.

TRAPANI. — Direttore sanitario dell' *Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sievi-Pepoli »*. Vedi fascicolo 6. Scad. 31 marzo.

Medico chirurgo con oltre un anno di pratica in condotta e in ospedali assumerebbe interinato lungo. preferibilmente vicino al mare oppure in alta montagna. Rivolgersi: Dott. Ludovico Rienzi. Via Venezia, al Vasto, n. 18, 4° p° — Napoli.

Comune di Rioelba ricerca provetto sanitario che accetti interinato, 250 mensili nette oltre viaggio, sino nomina definitiva cui potrebbe aspirare.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asteriscl ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Ficulle (Perugia), Medicina (Bologna), Serra di Conti (Ancona). S. Leo [per Pietracuta], Frontone e Frontino (Pesaro), Magisano (Catanzaro), Abbiategrasso (Milano), Genova [per due condotte].

Revoca di diffide: Castellina M.ª (Pisa), Pinzano al Tagliamento e Faedis (Udine), Cinto Enganeo (Padova), Rotzo e San Pietro Val d'Astico - Lastebasse (Viceuza).

La sezione Bolognese dell'A. N. M. C., conferma la diffida per Molinella e ricorda la diffida per Bagni della Porretta.

La Federazione delle sezioni Umbre dell'A. N. M. C., conferma le diffide inflitte dalla sezione Foligno-Spoleto ai comuni di Camo, Costacciaro, Fossato di Vico.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Congressi medici e istituzioni sanitarie negli Stati Uniti d'America.

La corrispondenza pubblicata nel numero scorso trattava di due congressi medici tenuti negli Stati Uniti. Questa, che ne è la continuazione, concerne le istituzioni sanitarie di Nuova York.

III. OSPEDALE ITALIANO DI NUOVA YORK.

L'ospedale italiano sorge in amena e salubre posizione sulle sponde dell'East River, fra la 83ª e la 84ª strada. Consta di due edifici: un vasto fabbricato di sette piani con un mezzanino ben provvisto d'aria e di luce; una casa che serve come scuola e come abitazione per le infermiere (*nurses*). Dal lato sud vi è la strada assai spaziosa e comoda; di lato vi è un vasto giardino per convalescenti. Quando io visitai l'ospedale si stavano dando gli ultimi ritocchi alle scale, alle finestre, ad alcune pareti. Nondimeno l'ospedale era già quasi pronto per funzionare e già erano pronti 100 letti nelle corsie comuni e 12 camere private a pagamento ciascuna con bagno.

Oltre alle sale per malati l'ospedale possiede due sale operatorie, un grande dispensario per uomini, donne e bambini, una camera pel raggi X, un locale per le applicazioni elettriche, una stanza d'isolamento, un gabinetto per analisi chimiche e batteriologiche, una farmacia. Vi sono inoltre caloriferi a termosifone, una grande lavanderia con macchinario modernissimo veramente degna di nota, un sistema di filtri per l'acqua potabile, una macchina per la fabbrica del ghiaccio artificiale e diversi refrigeratori per conservazione di viveri, una grandissima cucina fornita di attrezzi modernissimi. Questi ultimi locali trovansi ad un livello assai più basso di quello stradale; mentre però sono sotterranei da questo lato, sono invece sopra terra da quello dell'East River. Per il servizio interno vi è un ascensore elettrico speciale; un altro grande ascensore serve per le persone. Alle finestre vi sono numerosi balconi. Sul fabbricato esistono ampie terrazze.

Le stanze per gli ammalati sono igieniche, bene aereate, bene arredate, con ottima pavimentazione. Qualche lieve appunto si potrebbe fare sulla disposizione di alcuni ambienti, ma è da notarsi che il fabbricato non è nuovo di sana pianta, ma in gran parte è opra di adattamento avendo esso servito per lungo tempo quale fabbrica di biglietti di banca.

In complesso l'ospedale mi sembra risponda bene ai bisogni della numerosa colonia nostra, almeno per il momento. Certamente dovrebbe e potrebbe essere ingrandito, il che è nella speranza

di tutti gli Italiani di cuore che abitano a New York; ad ogni modo l'area ora occupata e la ricchezza d'impianto dei servizi sono tali da assicurarne una non lontana potenzialità fino a 600 letti.

IV. — UFFICIO SANITARIO DI NUOVA YORK.

L'Ufficio o dipartimento sanitario (Department of healt) trovasi verso l'estremità dell'81ª strada ad est, in un grande fabbricato fiancheggiato da due ospedali, il *Minturn hospital* destinato agli ammalati di scarlattina e di difterite, ed il *W. Parker hospital* il quale funziona come ospedale temporaneo d'osservazione per malati contagiosi prima che vengano trasferiti in altri ospedali. Il dipartimento sanitario è il centro d'azione della lotta contro le malattie infettive nella città di Nuova York, e nei suoi numerosi piani rinchiude uffici diversi, laboratori, gabinetti scientifici di ogni specie. Direttore di questo istituto è il professore W. H. Park.

Il lavoro di questo ufficio sanitario, che già appare assai esteso solo che si percorrano tutti i diversi piani e i diversi meandri del fabbricato dove professori, assistenti, allievi, ed un gran numero di donne attendono alle più diverse incombenze, risulta poi notevolissimo qualora si prendano in esame le pubblicazioni che, a guisa di monografie, vennero presentate al Congresso di igiene di Washington, e dalle quali innanzi tutto si apprende che il dipartimento ha sotto di sè 5 uffici succursali (Manhattan, Bronx, Brooklin, Queens, Richmond), 5 laboratori (diagnostico, di ricerche, dei sieri e vaccini, chimico, farmaceutico), ha 45 stazioni per lo spaccio del latte pei fanciulli, 14 dispensari antitubercolari, 6 dispensari per malattie dell'infanzia, 3 ospedali, 1 ufficio per l'ammissione dei tubercolosi negli ospedali, 1 sanatorio per tubercolosi (ad Otisville).

La profilassi antitubercolare coi mezzi a cui ho accennato è assai attiva. Aggiungerò poi che funziona egregiamente l'istituzione dei campi all'aperto, che la donna ha una gran parte nel divulgare e nell'assicurare le norme di profilassi, e che per la registrazione dei sospetti e dei malati funzionano già quei sistemi speciali d'abbreviazione per le cartelle nosografiche che vedemmo anche proposti nell'ultimo Congresso di Roma. Veramente lodevole è anche l'interessamento del dipartimento per la profilassi della febbre tifoide in fatto di denunzia obbligatoria, d'igiene delle abitazioni, d'igiene del sottosuolo, di sorveglianza dell'acqua potabile e del latte; nè viene trascurata l'odierna nozione dei portatori di bacill giacchè il laboratorio centrale e numerosi altri succursali si occupano delle relative ricerche batteriologiche.

I gabinetti scientifici di questo importante istituto sono poi un'ottima palestra di studio e forniscono il materiale per una produzione scientifica veramente interessante. Alla gentilezza dei dottori Krumwiede e Banzhaf ed a quella dell'illustre direttore prof Park debbo l'opportunità di poter raccomandare agli studiosi la pubblicazione annuale di ricerche scientifiche (*Collected studies from the research laboratory department of health city of New York*), e specialmente il VI volume, nel quale sono trattati argomenti di terapia applicata e di medicina preventiva, di batteriologia, di biochimica. In questo istituto vidi usare per la diagnosi batteriologica del colera un terreno nutritivo del dott. Krumwiede che è una modificazione di quello del Dieudonné in quanto all'emoglobina si sostituisce l'ovoalbumina. Quanto alla profilassi immunitaria è di ricordarsi che si preparano vaccini e sieri profilattici e curativi (antitifico, antidissenterico, antidifterico, antistreptococcico), e che il siero antidifterico è ottenuto con un metodo speciale del Banzhaf tendente a depurare l'antitossina dalle proteine diverse del siero di cavallo.

V. — ISTITUTO ROCKEFELLER.

Questo celebre istituto fu fondato nel 1901 da John D. Rockefeller coll'intento di agevolare quelle ricerche mediche che specialmente riferivansi alla prevenzione e al trattamento delle malattie. Più tardi se ne ne allargarono gli scopi, mentre il Rockefeller con successive concessioni rese possibile un ampliamento notevole dei locali primitivi, nuovi acquisti di locali e costruzione di nuovi fabbricati. In tutto, il miliardario americano spese la bella somma di 8,443.449 dollari! Attualmente l'istituto che prima era al n. 127 della East Fiftieth Street, trovasi fra l'Avenue A e l'East River, ed è esteso fra la 64ª strada e la linea Nord della 67ª. Recentemente si acquistarono anche al Clyde, New Jersey, cento acri di terreno con fabbricati per allevamento d'animali e per laboratori, ed un altro laboratorio fu stabilito a Wood's Hole, Massachusets, per gli studi di biologia sperimentale.

L'istituto comprende i laboratori e l'ospedale conseguentemente alla naturale divisione delle ricerche mediche in due branche tendenti a considerare i problemi delle malattie nel loro aspetto patologico e fisiologico, facendo uso specialmente del metodo sperimentale, e le malattie nella loro naturale apparenza nel corpo umano sotto condizioni egualmente favorevoli di trattamento e di operazione scientifica.

I laboratori sono diretti dal prof. Flexner il quale ha diritto di controllo su tutti gli altri; egli è inoltre direttore del laboratorio speciale di

patologia e batteriologia. Gli altri laboratori sono: di biologia sperimentale (Jacques Loeb); di chirurgia sperimentale (Alexis Carrel); di fisiologia e farmacologia (Samuel James Meltzer); di chimica (Phoebus Aaron Levene). Direttore e medico dell'ospedale è Rufus Cole. Membri associati sono l'Auer, il Bancroft, lo Jacobs, il Nogoucki, il Roux, il Van Slyke. Le pubblicazioni dell'istituto si fanno nel *Journal of sperimental Medicine* nel *Monographs of the Rockefeller Institute for medical research*, nei *Studies from the Rockefeller Institute for medical research*.

Il fabbricato dei laboratori è a prova di fuoco, in scheletro cioè di acciaio, con pareti di mattoni grigio-giallastri. Il sotterraneo è diviso in molti locali contenenti macchinari diversi ed alcuni apparecchi da laboratorio, come centrifughe, pompe a vuoto, apparecchi a scosse, ecc., camere per materiali di laboratorio, da lavoro per macchinisti, fabbri, falegnami, ecc. Al primo piano vi sono gli uffici d'amministrazione, la libreria, la direzione e la sala delle adunanze. Il secondo piano è destinato tutto alla chimica. Il terzo piano contiene i laboratori di patologia sperimentale, di batteriologia e di protozoologia; vi sono inoltre uno studio speciale pel direttore, delle stanze per chirurgia asettica e dei locali per conservazione di animali, un laboratorio generale di batteriologia, camere termostatiche. Al quarto piano vi è il laboratorio speciale per patologia sperimentale, per fisiologia e farmacologia. Il quinto piano contiene i laboratori di biologia sperimentale; vi sono inoltre gabinetti di fotografia, di disegno e una sala da pranzo. Ogni piano è provveduto di un grande refrigeratore in connesssione col principale refrigerante che è nel locale della forza motrice e con un refrigerante sussidiario che è nel sottosuolo. Vi è abbondanza dovunque di gas, acqua calda e fredda, apparecchi a vuoto, apparecchi elettrici, telefoni, ascensori, ecc.

Attiguo al fabbricato pei laboratori vi è il padiglione per gli animali al quale si accede con un passaggio coperto. Il primo piano ha ottime stalle per cavalli, pecore e capre. Nel secondo piano vi sono i locali per piccoli animali.

L'ospedale si compone d'un fabbricato principale e d'un padiglione d'isolamento. Anch'esso è costruito a prova di fuoco. L'ospedale principale comprende un sotterraneo con sale d'autopsia, con refrigeratore e con locali di servizio diversi. Al piano terreno sono gli ambulatori, le sale di accettazione e d'esame medico. Al primo piano vi sono l'ufficio del direttore, del sopraintendente e gli alloggi dei medici. Il secondo piano è occupato esclusivamente dal sopraintendente, dal suo assistente e dalle *nurses*. Nel 3°, 4°, 5° e 6° piano, tutti identici, sono le sale per ammalati, ognuna con bagni, latrine, camere per le infermiere, laboratori per analisi ed esami e camere d'isolamento, tutte provvedute abbondantemente d'aria e di luce. Il 7° piano è esclusivamente destinato ai laboratori chimici e biologici. L'8° piano contiene locali per casi chirurgici improvvisi, bagni per medici, stanze per fotografia e per raggi X.

Il padiglione d'isolamento ha un sottosuolo con apparecchi di sterilizzazione per abiti e biancherie, e locali di servizio. Il corpo principale comprende un corridoio centrale che va da Est ad Ovest. La sezione Sud ha sette locali per ammalati divisi fra loro da pareti di vetro. La sezione Nord ha camere di ricevimento, di pulizia, di lavoro e d'isolamento, anche queste ultime separate da vetro. La ventilazione è ottima. Il riscaldamento è a vapore a bassa pressione, ma il sistema è tale da permettere la cacciata dell'aria e la sterilizzazione degli ambienti con getti di vapore bollente.

Al piano superiore vi sono gli alloggi per le infermiere.

La capacità dell'ospedale è di circa 70 letti. Le malattie prese in esame finora furono: la polmonite lobare acuta; la poliomielite (paralisi infantile); la sifilide; alcuni tipi di metabolismo disturbato; alcune malattie cardiache.

Nella visita che feci a questo istituto ebbi il piacere di trattenermi a lungo col prof. Nogoucki il quale mi mostrò delle splendide colture di spirochete, e mi fece assistere alla preparazione dei relativi terreni nutritivi solidi e liquidi, i primi costituiti da agar-ascite, i secondi costituiti da brodo con un pezzetto di tessuto di organi di cavia o di coniglio prelevati asetticamente, ambidue allestiti per colture anaerobie; le spirochete coltivate erano le seguenti: *Sp. eugyratum* (condilomi acuminati), *Sp. pallidum* (condilomi piatti), *Sp. refringens* (secrezioni genitali), *Sp. mucosus* (pus della piorrea alveolare), *Sp. macrodentium* (patina e carie dentaria), *Sp. microdentium* (come sopra). Ebbi inoltre la fortuna di passare un paio d'ore col prof. Alexis Carrel a cui di recente fu conferito il premio Nobel per la chirurgia e che ha compiuto studi veramente meravigliosi circa la tecnica della sutura dei vasi sanguigni e del trapianto degli organi, ed osservazioni importantissime sulla possibilità di mantenere in vita tessuti fisiologici e patologici fuori dell'organismo e di seguirne l'ulteriore sviluppo. Al microscopio potei osservare alcune fine sezioni di tessuto muscolare viventi in adatto liquido fisiologico e capaci ei emettere dei gettoni di cellule embrionali trasformantisi poi in tessuto normale completo. Vidi poi animali operati colla sua tecnica delicatissima, organi trapiantati conservati,

suture di vasi, innesti di vene in arterie e viceversa.

Lo strumentario e la tecnica per queste operazioni sui vasi non sono complicatissimi, ma l'essenziale in queste più che delicate operazioni sta, secondo l'A., nella completa asepsi, nell'evitare la dissecazione ed i maltrattamenti in genere dell'endotelio, tenere umido il vaso ed il campo operatorio con soluzione di Ringer, levare ogni più piccola traccia di sangue coagulato, di fibrina, di ritagli di tessuto, isolare un poco la parete esterna del vaso, ungere con vaselina le dita e i capi del vaso, tendere moderatamente i fili nella sutura dei vasi. TESTI.

MEDICINA SOCIALE

IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali).

L'Italia, che ha il vanto d'aver dato fin da due secoli fa gli albori di un'êra nuova nella Medicina, con lo studio delle malattie in rapporto al lavoro, riaffermava or son pochi anni le sue gloriose tradizioni con la creazione in Milano della prima Clinica del Lavoro, e in Milano stessa riuniva il Primo Congresso Internazionale per le malattie professionali.

Fu il preludio di un salutare risveglio nazionale per quanti, Medici, Igienisti, Chimici, Sociologi, si occupano dei vari problemi imposti dalle crescenti malattie, che il lavoro delle industrie e dei campi apportano alle falangi degli operai, minando la robustezza e l'avvenire della razza nostra.

I successivi Congressi Nazionali per le malattie del lavoro di Palermo, Firenze, Torino, passarono in rassegna i frutti dei rinnovati studi, nel campo della Patologia, Fisiologia, Igiene del lavoro, venendo man mano preparando il materiale a quelle misure di purificazione del lavoro, sia per sè che per l'ambiente in cui si compie, le quali dovranno costituire la base di quel Codice di Legislazione igienica del lavoro, nel quale fummo preceduti da altre Nazioni, cui l'Italia fu pur maestra nel campo scientifico.

A continuazione di questa santa campagna sociale Roma riunirà nel giugno 1913, nel bicentenario della pubblicazione del primo Trattato « *De morbis artificium* » del nostro immortale Ramazzini, il padre della Patologia del lavoro, il IV Congresso Nazionale per le malattie professionali.

Milano, « il centro più grande e vivace della vita operaia (scrisse Baccelli), ebbe il diritto all'iniziativa dell'opera santa dello studio medicopolitico intorno le malattie professionali »; a Roma, il cuore dell'Italia ridesta, la città da cui Baccelli, clinico ed uomo di Stato, fin dal 1878 proclamava nell'Ateneo di Roma i diritti e i doveri della Medicina politica, a Roma, la sede del Governo e del Parlamento, il diritto e il dovere di sintetizzare le molteplici conquiste conseguite negli ultimi anni dal nostro Paese, perchè dal responso della scienza Governo e Parlamento trovino sicuro sostegno alle necessarie improrogabili provvidenze legislative.

Il Comitato Esecutivo pertanto rivolge vivo appello ai Medici cultori della fisio patologia, della clinica, della terapia, dell'igiene delle malattie professionali; agli Igienisti, per la competenza nell'igiene industriale; ai Medici pratici e Medici condotti specie delle zone industriali, per la larga messe delle loro quotidiane osservazioni sul campo del lavoro; ai Chimici per quanto riguarda i pericoli delle industrie chimiche e i mezzi di evitarli; agli Ingegneri, per la parte tecnica degli apparecchi e impianti atti a prevenire le malattie professionali; agli Industriali e ai Direttori di stabilimenti per la segnalazione di quanto hanno potuto rilevare a carico della salute dei loro dipendenti in rapporto all'industria; agli Operai, alle loro Organizzazioni, alle Camere del lavoro, per l'osservazione diretta e pratica dei propri mali in rapporto al lavoro; ai Sociologi, a quanti infine si interessano dei vari problemi igienico-sociali del lavoro, dal punto di vista scientifico, tecnico, legislativo, perchè vogliano portare il contributo delle loro osservazioni ed esperienze al Congresso di Roma. Il quale, oltre che riuscire un'affermazione nazionale nel campo della Medicina politica, potrà essere palestra preparatoria agli Italiani per il III Congresso Internazionale per le malattie professionali, che avrà luogo a Vienna nell'autunno del 1914, e per il quale già da tempo ferve ovunque il lavoro specifico di ricerca.

L'azione concorde di tutti deve mirare all'unico intento di volere la prevenzione e la cura delle malattie del lavoro, non intralciando ma favorendo i progressi incessanti delle industrie, fornendo alle medesime come migliore alleata l'Igiene. I trionfi del lavoro non debbono distruggere l'uomo che li prepara, essi invece saranno tanto maggiori quanto più sana e robusta sarà la classe dei lavoratori.

Allo scopo di organizzare una più attiva propaganda in favore del Congresso, il Comitato Esecutivo ha istituito nelle principali regioni d'Italia dei Comitati Regionali ai quali possono gli aderenti al Congresso delle rispettive regioni rivolgersi per ogni informazione.

Presidente Generale del Comitato organizzatore è l'on. prof. Gr. Cord. Guido Baccelli; Presidente del Comitato Esecutivo il prof. comm. Augusto Tamburini; Segretario Generale il prof. Tullio Rossi-Doria; Segretario il dott. cav. Aristide Raneletti. La sede della Segreteria è al Lungotevere Mellini, 17, Roma.

I Comitati Regionali sono così presieduti:

Piemonte: Bozzolo prof. sen. Camillo. — Lombardia: De Cristoforis prof. sen. Malachia. — Veneto: Messedaglia prof. Luigi. — Liguria: Morselli prof. comm. Enrico. — Romagna ed Emilia: Onorevole Sanarelli prof. Gr. Uff. Giuseppe. — Toscana, Marche ed Umbria: Onorevole Pieraccini prof. Gaetano. — Italia Meridionale: Ferrannini prof. Luigi. — Sicilia: Trambusti prof. Arnaldo. — Sardegna: Onorevole Roth prof. Angelo.

I temi generali del Congresso sono:

I. « Anchilostomiasi ». Relatori: professori C. Bozzolo e A. Trambusti. — II. « Malattie del sangue di origine professionale ». Relatori: professori C. Biondi e L. Ferrannini. — III. « Mortalità infantile in rapporto ai mestieri e alle condizioni sociali dei genitori ». Relatori: professori L. Carozzi e G. Finizio. — IV. « Dermatiti di origine professionale ». Relatore: prof. V. Monte-

sano. — V. « Patologia professionale dei ferrovieri ». Relatori: dottori G. Fabbri e A. Tognetti.

La tassa d'iscrizione al Congresso è fissata in lire 10 per i membri effettivi.

Possono iscriversi al Congresso anche le Signore dei congressisti e altre persone della famiglia, come membri aderenti, col pagamento della tassa di lire 5.

La Cassa ha sede in via dei Serpenti, 64, Roma.

NOTIZIE DIVERSE

Il IV Congresso internazionale di terapia fisica.

Questo Congresso, che avrà luogo a Berlino dal 26 al 30 marzo di quest'anno, fa seguito a quelli tenuti a Liegi nel 1905, a Roma nel 1907, ed a Parigi nel 1910. Esso avrà un'importanza grandissima, e per gli argomenti che vi verranno trattati sopratutto in rapporto alla radiologia ed alla dietoterapia, e per l'autorità dei Maestri che ne dirigeranno i lavori; basta citare i nomi di Bier, His, Goldscheider, Strümpell, Kraus, Lesser, Oppenheim, Strauss, Brieger, Krehl, Romberg e d'altre colonne della scienza ufficiale tedesca.

È assicurato l'intervento dei più noti scienziati d'Europa, come Bouchard, Landonky, D'Arsonval, Gilbert, per la Francia; v. Noorden, Herz, Klein, Winternitz, Pal, Strasser, Bokay, Koranyi, Fendrassik, per l'Austria-Ungheria; Berdez, Frenkel, per la Svizzera; Zander, Wide, Petren, per la Svezia; e poi Marinesco, Bechterew, Holst, Tilanus, Vulpius, Rosenthal, per gli altri paesi d'Europa, nonchè numerosi rappresentanti delle Repubbliche dell'America settentrionale e meridionale.

L'Italia vi sarà rappresentata onorevolmente, e già si è costituito, sotto la presidenza del venerando Maestro Guido Baccelli, un Comitato di propaganda di cui fanno parte i più bei nomi della scienza medica italiana, per favorire un numeroso concorso di studiosi, con notevoli contributi a tutte le Sezioni del Congresso.

Al Congresso è annessa un'Esposizione internazionale di apparecchi scientifici e tecnici, e di pubblicazioni inerenti alle cure fisiche, alla climatologia, nonchè prodotti alimentari, ecc.

Possono inscriversi al Congresso i medici, gli ingegneri, i fisici, i direttori di stabilimenti, ecc., e possono parteciparvi le signore dei congressisti.

Per l'inscrizione, i programmi, i bollettini e per gli schiarimenti sulle facilitazioni di viaggio, ecc., rivolgersi al Segretario generale del Comitato di propaganda prof. C. Colombo, in Roma, via Nazionale, 102.

Associazione internazionale « Pneumothorax artificialis ».

In seguito ad accordo intervenuto al VII Congresso internazionale della tubercolosi in Roma (aprile 1912), è stata fondata un'Associazione internazionale « Pneumothorax artificialis » fra i medici e gli istituti che praticano il pneumotorace artificiale.

L'Ufficio direttivo pubblica ogni anno, o più di frequente qualora sia necessario, un Bollettino con la lista degli aderenti, che viene trasmesso a tutti i soci. Esso fornisce così l'elenco dei medici e degli istituti che praticano il pneumotorace terapeutico e può servire di guida per chi voglia indirizzare ammalati che abbisognano di essere sottoposti alla cura o già in corso di cura.

L'Associazione si propone di facilitare lo scambio delle idee e delle pubblicazioni scientifiche fra tutti coloro che si occupano dello studio del pneumotorace terapeutico nei vari paesi.

Le inscrizioni devono essere inviate con l'indirizzo preciso insieme ad un vaglia postale di L. 5 al *prof. Saugman, Vejlefjord, Daugaard, Danimarca.*

Dal primo Bollettino, da poco pubblicato, risulta che al 18 novembre i soci superavano già il numero di 200, di cui una settantina erano italiani, gli altri stranieri.

Un nuovo elenco di adesioni verrà comunicato prossimamente.

I soci sono pregati di partecipare ogni cambiamento di residenza.

Si porta a intanto conoscenza dei soci che i lavori sulla terapia pneumotoracica vengono riassunti nella « Rivista delle pubblicazioni sul pneumotorace terapeutico », pubblicata da Forlanini (Succ. Marelli, Pavia), e che l'« Internationales Centralblatt für die gesamte Tuberculose Forschung », redatto da G. Schröder (C. Kabitsch, Würzburg) riunirà pure in fascicoli separati le recensioni di tutti i lavori che trattano questioni inerenti al pneumotorace terapeutico.

Il prof. Forlanini ha gentilmente disposto che la sua « Rivista delle pubblicazioni sul pneumotorace terapeutico » venga inviata in omaggio a tutti gli aderenti dell'Associazione.

Per norma dei nostri abbonati che sono assicurati alla *Mutuelle de France et des Colonies* pubblichiamo la seguente circolare:

Roma, 31 gennaio 1913.

Egregio signore,

Dovendo procedere alla liquidazione delle operazioni fatte in Italia dalla *Mutuelle de France et des Colonies* a termine della legge 4 aprile 1912, n. 305 vi prego trasmettermi subito il vostro atto di nascita ed il certificato di esistenza in vita, da rilasciarsi in carta libera giusta l'art. 22 di detta legge, e debitamente legalizzati dal presidente del Tribunale.

La liquidazione deve farsi rispetto anche ai soci di Francia, col concorso della Direzione Generale della Società, ed è perciò prevedibile che, prima di potersi procedere al riparto fra i soci, passeranno vari mesi. Vi informerò a suo tempo del risultato. Intanto vi partecipo che ho già preso la consegna di tutte le attività di spettanza della Associazione e vi assicuro che curerò con zelo gli interessi dei soci italiani.

I soci, che sono in debito per le scadenze a tutto il 1912, è bene che mi spediscano subito direttamente l'importo. Dal 1° gennaio 1913 in poi, l'art. 22 della su citata legge ha sospeso ogni decadenza anche in caso di morte.

Molti soci domandano di far passaggio alle Assicurazioni di Stato, ed al riguardo sono in corso le pratiche, del cui esito, a vostra richiesta, sarete quanto prima informato.

Vi saluto.

L'ispettore generale
R. Commissario liquidatore
ONOFRIO ACCORINTI.

Rassegna della stampa medica.

« Tumori ». Anno II, Fasc. IV. Uffreduzzi O. Innesti di tumori e autolizzato fetale e neoplastico. — Fichera G. Controllo e critica in oncologia. — Gussio S. Trasmissione neoplastica e ricettività d'età, di razza e di specie. — Centanni E. La dieta aviride per lo sviluppo dei tumori sperimentali. — Saviozzi V. Adenocarcinoma tiroideo pulsante dell'estremo superiore dell'omero.

« Riv. crit. di Clin. Med. », 14 dic. Natale. La terapia specifica della febbre mediterranea col siero antimelitense. — Trambusti, Donzello, Capezzuoli. Caso non comune di sonno isterico.

« Giorn. Intern. d. Sc. Med. », 15 dic. Fazio. Appendiculotifo. — Li Virghi. Sulla ritenzione cronica dei prostatici.

« The Amer. Journ. of the Med. Sciences », dic. Roggs. Proteinuria di Bence-Jones. — Stein. Malattia di Banti e forme affini.

« Riv. Clin. de Madrid », 15 dic. Lafora. Angioma del ponte di Varolio.

« The Journal A. M. A. », 14 dic. Carrel. Sistemi d'organi tenuti in vita artificialmente. — Janeway. Le cause della morte nell'ipertensione. — Lovelace. L'etiologia del beriberi.

« Le Journal Méd. Fr. », 15 dic. Malattie della colonna vertebrale e loro cura.

« Pathologica », 15 dic. Marrassini. Sopra un germe isolato da un caso di febbre tifoide in un soldato proveniente dalla Libia.

« Riv. Osped. », 15 dic. Sforza. I progressi della medicina nel 1912. — Pieri. I progressi della chirurgia nel 1912. — De Luca. I progressi della radiodiagnostica. — Micheli. L'attualità ostetrico-ginecologica.

« L'Igiene della Scuola », dic. Ragazzi. Igiene degli istituti infantili.

« Berl. Klin. Woch. », 15 dic. Pascale. Patogenesi dell'appendicite. — Karewski. Sulla cura chirurgica delle forme gravi di stitichezza cronica.

« Münch. Med. Woch. », 17 dic. Bresslau. Sulla ipertelia. — Dienst. La coagulabilità del sangue nella mestruazione. — Bering. Sull'azione della luce.

« La Presse Méd. », 18 dic. Pic e Bonnamour. La scilla. — Champion. Azione sedativa dello ioduro sodico iniettato a debole dose.

« Ann. dell'Ist. Maragliano », 4. Sivori e Costantini. La metodica del controllo dei sieri antitubercolari. — Sivori, Corradi e Caffarena. Sierodiagnosi carcinomatose condotte col metodo della fissazione del complemento.

« Le Bull. Méd. », 18 dic. Comby. L'encefalite acuta nel fanciullo.

« Bull. of the J. Hopk. Hosp. », dic. Lisser. Sulla cutireazione carcinomatosa. — Beau. Morbidità e morfologia.

« Wien. Klin. Woch. », 19 dic. Kühnelt. Sull'introduzione di forti dosi d'emanazione.

« Arch. f. Verd. - Krank. », 18 dic. Kemp. Sulla terapia dell'ulcera gastrica. — Hofius. Roentgenfotografia dello stomaco e gastrodiafania. — Einhorn. Le indicazioni agl'interventi chirurgici nelle malattie del tratto digerente.

« Gazz. d. Osp. », 15 dic. Trevisanello. Siero di sangue e liquido cefalo rachidiano di epilettici. — 19 dic. Campora. Paralisi vescicale da poliomielite.

« Deut. Med. Woch. », 19 dic. Rauschbrug. La mnemoastenia. — Hollós. Origine tubercolare di turbe mestruali. — Croftan. La terapia acida dell'anemia perniciosa.

« Dermat. Woch. », 21 dic. Goldberg. La sifilide nella genesi dei vizi cardiaci e dell'aneurisma aortico.

« Gaz. d. Hôp. », 21 dic. Gorse. Cura del cancro dell'S iliaca.

« Berl. Klin. Woch. », 23 dic. v. Lingen. L'aborto criminoso. — Falta e Zehner. L'azione chimica col thorium X sulle sostanze organiche e in particolare sull'acido urico.

« Annals of Surgery », dic. I trattamenti di urgenza nelle gravidanze extra-uterine. — Rixford. L'etiologia della lussazione congenita dell'anca. — Council. Sarcoma primario della milza.

« La Presse Méd. », 21 dic. M. Labbé e Brun. La diagnosi dell'acidosi. — Lagane. Le infezioni da ostriche.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 23 febbraio 1913* **Fasc. 8**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Le cisti e i neoplasmi del mesentere.

Rivista generale del dott. CARLO BRUNETTI.

DEFINIZIONE.

Per cisti o neoplasmi del mesentere si intendono quelle produzioni patologiche che prendono origine dagli elementi costituenti questa piega peritoneale e in essa si sviluppano. Si debbono quindi eliminare quelle formazioni che, originate da altri organi, a causa del loro accrescimento, si intromettono tra i foglietti sierosi del mesentere, divaricandoli. Le tumefazioni di cui mi occupo non sono solamente quelle del mesentere propriamente detto, ma anche quelle dei meso del crasso.

STORIA.

Tali affezioni del mesentere rimasero sconosciute per molti secoli, specie quando tutte le tumefazioni dell'addome nelle donne erano lasciate in mano alle Lucille più o meno ignare.

Tra le prime pubblicazioni sul soggetto, che furono accidentali reperti di autopsia, è frequente trovare che l'inferma era stata ritenuta gravida.

Bisogna giungere al Morgagni (1710) per trovare esatte osservazioni anatomiche e cliniche; egli fu il primo che mise in rilievo le metastasi ai gangli mesenterici di tumori del testicolo e pubblicò un caso di lipoma.

Il Portal (1803) dà prova di un senso critico molto grande facendo una giusta scelta e classificazione dei casi riferiti dal Lieutaud. Per le lesioni di origine gangliare distingue nettamente le adenopatie primitive dalle secondarie.

Le pubblicazioni note fino a quest'epoca erano basate su osservazioni necroscopiche, ma con i successi delle prime ovariotomie si cominciano ad avere osservazioni cliniche riguardanti arditi interventi. Il Péan (1880) in una pubblicazione di 300 laparotomie cita 3 casi di cisti del mesentere. Il Collet, ispirato dal maestro Tillaux, fa una tesi su questo argomento e cerca stabilire i segni razionali per giungere ad una diagnosi in vita.

La storia recente delle cisti e dei tumori dei meso raccoglierebbe una lunga serie di nomi, prevalentemente di chirurgi, i quali, resi edotti di tali formazioni, spesso riuscirono a precisare in vita la diagnosi.

Lo studio accurato della costituzione della parete delle cisti ha portato vari autori a proporre differenti classificazioni, e mentre gli uni si fondano specialmente sulla qualità del contenuto (sierose, chilose, ematiche, dermoidi, ecc.), altri invece (Dowd) non ammettono che quelle embrionali, oltre le cisti parassitarie e quelle che avvengono in tumori, per lo più maligni.

I lavori più importanti che si occupano dell'intero argomento e di alcune categorie di queste abnormi produzioni, sono quelli del Bracquehaye, Begouin, Niosi, Timbal, Houzel, Moiroud, Proust e Monod, ecc.

In questi ultimi anni molte comunicazioni sono venute dai colleghi d'oltre Oceano, tra i quali cito: Murphy, Deaver, Harris e Hertzog, Jepson, ecc.

ANATOMIA.

Il mesentere è una vasta piega peritoneale disposta a ventaglio spiegato, che, con la parte più ampia ripiegata più volte su sè stessa, serve di sostegno all'intestino tenue e con la parte più stretta riposa sulla parete addominale posteriore dalla II vertebra lombare all'articolazione sacroiliaca destra. In mezzo ad un connettivo lasso (continuazione del tessuto retroperitoneale) si trovano vasi sanguigni e linfatici con i gangli dipendenti, e nervi, i quali tutti si dirigono all'intestino, e così il mesentere può considerarsi non solo come organo di sostegno dell'intestino, ma anche come peduncolo nutritivo del medesimo.

Da queste notizie anatomiche si possono prevedere di già alcune manifestazioni cliniche che possono sorgere nel decorso di queste lesioni. Disturbi della nutrizione e sfacelo delle pareti intestinali per compressione o per obliterazione delle arterie; edemi agli arti inferiori per compressione della vena cava; dolori e paresi intestinali per compressioni e stiramenti del simpatico; fenomeni di occlusione intestinale acuta per obliterazione del lume intestinale o per torsione dell'ansa su sè stessa.

Embriologicamente il mesentere è una formazione puramente mesodermica, rappresentata dalla porzione più esterna della splancnopleura, mentre la porzione interna è destinata a produrre l'intestino, di cui l'epitelio e le glandole sono di natura entodermica.

Alla sua radice si trovano a ciascun lato della colonna vertebrale tre organi che andando da dentro in fuori sono: la glandola genitale, i dotti accollati di Wolff e di Müller. Dato l'intimo rapporto di vicinanza tra questi organi embrionali e la lamina del meso è logico supporre che elementi di questi organi possano distaccarsi ed essere inglobati tra quelli mesodermici del mesentere. Essi potranno essere poi il punto di origine di neoplasie non appartenenti al tipo connettivomi.

ETIOLOGIA.

Poco è noto, e in modo non molto preciso, sulla etiologia delle produzioni patologiche del mesentere.

Un gran numero di quelle cisti sierose e chilose che nel passato si legavano a disturbi della circolazione della linfa o del chilo, o a degenerazioni di gangli linfatici vanno piuttosto riportate a cause più complesse. Gli esperimenti sugli animali, legando anche il dotto toracico, non sono stati seguiti da dilatazioni dell'albero linfatico tali da far ammettere la teoria della stasi nella genesi delle cisti. È noto che frequentemente esistono 2-3 collaterali al dotto toracico e anastomosi con il sistema delle azigos.

La maggioranza degli AA. recenti riferisce tali cisti o ad anomalie di sviluppo del sistema linfatico nel mesentere o a vere neoplasie, o, più esattamente, alla categoria delle cisti neoplasiche, le quali, come è noto, rappresentano il punto di passaggio tra le cisti semplici e i neoplasmi.

Per una categoria di cisti, le emorragiche, il trauma è l'agente causale; ad ogni modo bisogna tener presente la possibilità di emorragie traumatiche in raccolte preesistenti (cisti sierose, chilose o embrionali). Le cisti idatidee sono la manifestazione dell'echinococco; per le gassose l'etiologia è ignota.

Riguardo ai tumori la patogenesi è oscura e l'etiologia per nulla differisce da quella comune ai tumori in altre regioni.

ANATOMIA PATOLOGICA — DESCRIZIONE.

Le produzioni patologiche dei meso possono essere distinte in 3 categorie:

I. Cisti semplici;
II. Cisti neoplasiche;
III. Neoplasie.

***

I. CISTI SEMPLICI. — 1° Le cisti *sierose o chilose* sono quelle più note nella letteratura, il loro numero all'incirca si avvicina a 200; il sesso femminile è quello più frequentemente colpito; l'età varia, sono più numerose dai 15 ai 20 anni.

La forma è rotondeggiante, regolare, di rado cilindrica o allungata. Sulla superficie esterna decorrono i vasi mesenterici che talora sono molto voluminosi, nel caso del Delagenière una vena raggiungeva il calibro di un pollice.

Nell'esame della struttura della parete si riconoscono 3 strati: uno esterno, fibroso, compatto, rivestito dalla sierosa peritoneale, uno medio di connettivo meno stipato, con vasi giovani, capillari e ammassi di tessuto linfoide che in qualche punto ha l'aspetto di veri follicoli linfatici, uno strato interno di connettivo, con scarsa infiltrazione parvicellulare e internamente uno strato endoteliale che frequentemente manca e, secondo alcuni, l'assenza sarebbe caratteristica (Augagneur, Terrillon).

Lo spessore della parete varia, per lo più dai 3 ai 5 mm.

Il contenuto nelle cisti sierose è liquido giallognolo, tenue, dal peso specifico 1005 a 1015, ricco di albumina; in quelle chilose il contenuto è un liquido lattiginoso, che spesso diviene denso e cremoso e il peso specifico corrispondentemente aumenta. All'esame microscopico in tal caso si vede uno strato di gocciole di grasso dalle piccolissime a quelle il doppio più grandi di un leucocito.

2° Le cisti *sanguigne* sono caratterizzate dalla presenza di un contenuto ematico o siero-ematico. Qualche A. non ne fa una classe a sè perchè ritiene trattarsi di cisti sierose o chilose o embrionali in cui sia avvenuta una emorragia, ovvero di ematomi semplici; qualche altro A. considera solo questi ultimi e le successive modificazioni come vere cisti ematiche.

Alcuni AA. pensano anche alla formazione di raccolte ematiche per il processo di pachiperitonite emorragica, processo simile a quello della pachimeningite e pachivaginalite emorragica.

Il trauma in questa categoria di cisti è costante, o quasi, per lo più esterno e violento, ma può anche trattarsi di trauma interno (tosse, vomito...) e passare inosservato.

Si comprende facilmente che quando si tratti di emorragie in cisti preformate la parete cistica e il contenuto siano diversi da quelli degli ematomi.

Nel primo caso la parete è simile a quella già descritta per le cisti sierose o chilose e il contenuto è formato da siero, chilo e sangue. Nel secondo caso la parete non è mai così ben distinta; essa è il risultato della reazione dei connettivi in seno a cui è avvenuta l'emorragia.

Il sangue raramente rimane allo stato liquido, per lo più coagula, la parte corpuscolata viene riassorbita, il pigmento liberato o viene trasformato dall'attività degli elementi vitali (emosiderina) o si deposita in cristalli di ematoidina.

3° *Cisti gassose.* — Il Viscontini ha asportato da una donna delle cisti gassose raggruppate a formare masse abbastanza considerevoli, situate sul mesentere, intestino e peritoneo.

È un caso che ricorda due altri casi descritti uno dall'Hahn con il titolo « Pneumatosis cystoides intestinorum » e l'altro dall'Eisenlohr, nel quale esistevano vesciche gassose anche in vagina e in vescica. Probabilmente tali formazioni sono dovute a sviluppo di gas da germi, ma in nessuno è detto che il gas avesse odori speciali o intestinale; nel caso dell'Hahn poi aveva all'incirca la medesima composizione dell'aria atmosferica.

4° *Cisti parassitarie.* — L'echinococco non di rado si impianta primitivamente sul meso producendo le caratteristiche cisti; più frequentemente esse sono associate a localizzazioni in altri organi addominali. Non si può affermare che quelle del meso siano sempre secondarie a cisti epatiche per propagazione peritoneale, poichè certamente esistono casi constatati all'autopsia di echinococchi del mesentere senza contemporanei impianti in altri organi. Il Nannotti nel 1895 riunì i casi noti aggiungendone 4 di propria osservazione.

***

Il Grüneberg pubblica un caso che egli chiama « cisti a contenuto purulento ». Il liquido conteneva bacilli tubercolari e la costituzione della parete faceva riconoscere trattarsi di una linfoadenite tubercolare con fusione del contenuto. Sarebbe superfluo diffondersi ad esporre le ragioni per le quali non si può ammettere la categoria

delle « cisti purulente »; esse si chiamano ascessi ed hanno una ben nota evoluzione. Inoltre non si può parlare di cisti nelle raccolte da fusione di focolai tubercolari sia gangliari, sia ossei.

***

II. CISTI NEOPLASICHE. — In questa categoria sono comprese quelle produzioni che macroscopicamente, semeiologicamente e clinicamente si impongono come tumefazioni cistiche, ma che dal lato anatomo-patologico per la struttura della parete e per l'evoluzione si avvicinano ai neoplasmi.

Esse sono per lo più congenite e si incontrano nei primi anni di vita extrauterina, provengono da anomalie di sviluppo o inclusioni di elementi appartenenti ad altri foglietti embrionali o tessuti di organi vicini.

1° *Cisti dermoidi. Embriomi.* — Esse sono le più frequenti, ed eccetto pochi casi riscontrati nel sesso maschile (Houzel, Souligoux, Launay), tutti gli altri appartengono al sesso femminile.

Queste specie di formazioni da prima vennero ritenute come originate dall'ovaio; poi si riconobbe la loro esistenza certa, riscontrandosi le ovaie intatte. Interessante è il caso del Langton che rinvenne ambedue le ovaia con una cisti dermoide ciascuna e una terza formazione simile nel mesentere.

Di questa specie si conoscono sia cisti epidermoidi o dermoidi semplici (sebo, peli), sia cisti complesse contenenti derivati dal meso- e entoderma e infine vere inclusioni fetali. Interessante è il caso dell'Ahrens che nel mesocolon ascendente rinvenne una cisti a contenuto poltaceo, nerastro che racchiudeva uno stomaco e 20 cm. di intestino ben sviluppati; sulla mucosa dello stomaco esisteva un'ulcera rotonda tipica e il contenuto era acido.

2° *Cisti enteroidi. Enterocistomi.* — Si tratta di raccolte prevalentemente a contenuto mucoso o gelatinoso, filante, le pareti delle quali presentano una struttura del tutto identica o in gran parte simile a quella dell'intestino. Si trova la mucosa con villi, con infossamenti corrispondenti alle cripte del Lieberkühn, provvista di epiteli cilindrici e cellule caliciformi; la *muscolaris mucosae*, la sottomucosa, uno o più stati di fibre muscolari liscie disposte perpendicolarmente fra di loro.

La patogenesi di queste formazioni è varia: o si tratta di diverticoli di Meckel o provengono dal dotto onfalo-mesenterico, o da anomalia di sviluppo della parete intestinale.

Qualche volta è stata trovata una comunicazione con il lume intestinale, altre volte esisteva un cordoncino fibroso tra la parete cistica e l'intestino.

Il Roth è stato il primo ad occuparsi di questa specie di produzioni, recentemente il Terrier, il Lecène e il Colmars sono tornati su questo argomento in modo più ampio.

3° *Cisti da residui di organi embrionali genitourinari o di organi retroperitoneali.* — Questa categoria è molto rara, tuttavia esistono molti casi accuratamente studiati e interpetrati; fra questi va citato il caso del Niosi che rinvenne nella parete epitelio cilindrico, cordoni cellulari o cilindrocubici pieni e con spazio canalicolare rassomigliabili ai tubuli retti del rene, tubuli con elementi dei glomeruli della sostanza corticale della glandola surrenale. Il Niosi intorno a questo caso ha pubblicato una interessante e completa monografia sulle cisti embrionali, occupandosi anche della evoluzione e patogenesi di un nodulo ivi anche esistente della struttura di corionepitelioma.

4° *Linfangiomi e chilangiomi.* — Queste sono produzioni prevalentemente policistiche, che rappresentano nel campo dei vasi linfatici i corrispondenti tumori delle vie sanguigne. Spesso congeniti, può essere riconosciuta la loro esistenza in età matura; essi raggiungono talora sviluppo enorme da occupare tutta la cavità addominale.

Il Wegner fu uno dei primi ad occuparsi dei linfangiomi, che li distinse in semplici, cavernosi, cistoidei. Poi il Sick, Rögner, Klemm fecero rilevare la somiglianza dei chilangiomi con altre produzioni congenite: macroglossia, macrochilia, linfangioma cistico del collo, ecc., e ritennero che tutte o quasi le cisti sierose o chilose debbono ascriversi a questa categoria.

***

III. NEOPLASIE. — I neoplasmi sono meno noti e meno frequenti delle affezioni precedentemente studiate, s'intende dei neoplasmi primitivi, perchè quelli secondari, quali metastasi di tumori epiteliali di altri organi sono frequenti e non entrano nell'argomento.

I tumori primitivi si distinguono in *benigni* (fibromi, lipomi) e *maligni* (sarcomi, linfomi, linfosarcomi).

1° *Fibromi.* — La loro esistenza fu dall'Augagneur posta in dubbio, in seguito poi vari AA. ne riscontrarono casi indubbi. Il Masset (1892) prende questo argomento per tesi, comunicandone

un caso operato dal Folet. Il Greer (1911) nel renderne noto un caso da lui studiato fa una statistica elevandone il numero a 32.

Questi tumori sono costituiti da una trama fibrosa, mista spesso a fibre muscolari; non rari sono i casi di associazione dell'elemento fibroso con quello adiposo e mixomatoso. Il Guinard (1906) pubblicò una bella osservazione di cui l'esame istologico fatto dal Cornil fece concludere per un fibroma ossificato.

Essi non raggiungono mai un notevole volume e si sviluppano o dànno sentore della loro presenza nell'età adulta.

2° *Lipomi.* — Questa categoria di tumori è più frequente dell'altra; essi raggiungono un volume molto notevole. L'Augagneur dice che essi sono i tumori dell'organismo che raggiungono le dimensioni le più considerevoli.

Si citano casi del peso di Kg. 20-25.

Il punto di origine di essi è il tessuto cellulare interposto tra i foglietti sierosi, ma forse, con maggior probabilità, si sviluppano dal tessuto adiposo posto alla radice del meso juxta-vertebrale o da quello delle fosse iliache o lombari. Il Terrillon li chiamò lipomi retroperitoneali, denominazione che tende a prevalere; il Proust e Trèves (1908) hanno fatto uno studio d'insieme e dividono questi tumori in: retroperitoneali, parietali semplici, perirenali mesenterici.

Essi si impiantano con larga base, quasi mai hanno un peduncolo.

Il loro sviluppo è rapido. Essi sono costituiti raramente da solo tessuto adiposo, più spesso vi si trova associato tessuto fibroso in proporzione più o meno abbondante, qualche volta anche tessuto mixomatoso.

È stata notata anche la calcificazione; il Péan per finire l'estirpazione di un simile tumore che presentava un centro calcificato dovè ricorrere alla sega.

3° *Sarcomi.* — Nel mesentere questa specie di tumori è rara.

L'Isaia in uno studio clinico-statistico su i sarcomi operati nella R. Clinica chirurgica di Roma in 18 anni ha rinvenuto solo 3 casi, di cui uno era un adeno-sarcoma del colon discendente e del mesentere.

Istologicamente essi presentano frequentemente il tipo fuso cellulare; quasi sempre sono accompagnati da aderenze ai tessuti ed agli organi vicini, spesso si ha ascite o essudato peritoneale.

Al tessuto proprio del tumore si associa non di rado, in quantità più o meno abbondante, tessuto fibroso o adiposo; il Rentrop (1902) ha studiato un caso di fibro-mixo-sarcoma; il Dalla Vedova ha pubblicato un caso di sarcoma osteoide.

SINTOMATOLOGIA.

Si possono distinguere 3 periodi nell'evoluzione di queste tumefazioni:

1° *Periodo di latenza.* — Non di rado la esistenza di tali produzioni passa del tutto inosservata e si hanno perciò reperti accidentali all'autopsia. Talora il paziente accusa sensazioni dolorose più o meno intense in varie sedi (epigastrio, fosse iliache, ecc., ma più spesso all'ombilico).

Esse sono continue o compaiono in seguito a sforzi durante le digestioni, o sono più frequenti durante la gravidanza.

Talora si hanno crisi di diarrea alternate da stipsi ostinata.

2° *Periodo di stato.* — I pazienti accidentalmente si avvedono di una tumefazione nell' addome o essa viene scoperta dal medico che esamina. Frequentemente è un trauma che fa rivolgere l'attenzione all' addome e allora si riconosce la esistenza della abnorme produzione.

Frattanto il paziente accusa, a distanza di tempo, degli accessi dolorosi all'addome, con o senza vomito, di varia durata e intensità. L'anoressia che raramente manca può essere così spinta da dar luogo a denutrizione marcata; quando la malattia dura da lungo tempo si osserva una vera cachessia.

All'esame accurato di solito si rinviene una tumefazione, talora di volume rilevante, il cui massimo rilievo è nella regione ombellicale. Generalmente essa è a superficie liscia, uguale nelle cisti uniloculari o tumori benigni, ineguale nelle cisti pluriloculari o tumori maligni. La consistenza varia: nelle cisti è molle o tesa-elastica, fluttuante; nei tumori è dura o anche flaccida, a seconda della classe a cui appartengono.

La fluttuazione è un segno non sempre rilevabile, d'altra parte alcuni lipomi possono mentirla.

La grande mobilità è uno dei segni più costanti e registrata da quasi tutti gli autori: si comprende però facilmente come questa qualità possa andar perduta, sia per l' enorme sviluppo, sia per le aderenze che si possono stabilire.

Con la percussione, se la tumefazione è voluminosa e prende contatto con la parete addominale, si ha una zona di suono ottuso contornata

da suono timpanico. Questo quasi costantemente esiste tra la tumefazione e il pube, ed è un segno di grande importanza per eliminare una serie di produzioni che si ergono dal bacino, ma può mancare o può eccezionalmente anche esistere in tumefazioni sorte dal bacino.

Sulla zona di ottusità può decorrere una striscia di suono timpanico rappresentata dall'ansa intestinale sollevata dalla tumefazione e distesa da gas, naturalmente o artificialmente.

Con l'ascoltazione non si hanno utili notizie. Mediante la posizione di Trendelenburg spesso la tumefazione scompare negli ipocondri o al disotto del diaframma, per ricomparire nella posizione opposta.

L'esame vaginale per lo più fa escludere l'origine della tumefazione in esame come dipendente dagli organi genitali interni, però una tumefazione di questi, provvista di lungo peduncolo, non fa riconoscere la sua vera provenienza.

Mediante l'esame rettale pochi altri caratteri si possono definire.

La puntura esplorativa è da ripudiarsi in ogni caso; mediante la radiografia non si ottengono risultati.

3° *Periodo delle complicazioni.* — La complicazione più frequente è l'occlusione intestinale prodotta sia da cause meccaniche (compressione diretta della tumefazione, trazione, o torsione), sia da cause riflesse (paralisi degli strati muscolari dell'intestino, soppressione delle sue secrezioni fisiologiche).

Frequentemente è per i fenomeni di occlusione che un paziente viene ricoverato in un ospedale e quivi, a causa del meteorismo, non è possibile stabilire la causa dell'impedimento della canalizzazione intestinale

Alla laparotomia poi si rinviene con sorpresa una cisti che fino a quel momento non aveva dato sentore della sua esistenza.

Altra grave complicazione è la necrosi e cangrena di una sezione d'intestino per soppressione dell'afflusso sanguigno

Il tronco arterioso terminale può essere occluso o solo meccanicamente per compressione ovvero per un trombo ivi formatosi. Allo sfacelo dell'ansa o alla perforazione di un'ulcerazione segue peritonite circoscritta o diffusa.

Non di frequente sono state notati: edemi agli arti inferiori; ascite, ovvero versamento peritoneale da propagazione del processo maligno alla sierosa; disturbi respiratori, legati al volume enorme della neoproduzione; disturbi urinari, specie pollachiuria.

DIAGNOSI.

La diagnosi delle tumefazioni mesenteriche, come di tutte le tumefazioni addominali è per lo più difficile, vi sono però casi in cui essa si impone anche con un esame superficiale.

Quando si incontra una tumefazione nella regione ombellicale che presenta i tre segni classici del Tillaux (mobilità in tutti i sensi, zona di sonorità all'innanzi della tumefazione e al di sopra del pube), accompagnata da disturbi vaghi a carico del tubo gastro-enterico si deve pensare all'origine mesenterica. La diagnosi diverrà quasi certa se la milza e i reni sono nelle loro posizioni fisiologiche.

Non sempre però è possibile fare una diagnosi diretta, tanto più che altre tumefazioni possono possedere quei segni quasi caratteristici per l'origine mesenterica; intendo sopratutto alludere alle cisti o tumori dell'ovaio e utero provvisti di un lungo peduncolo.

Se la tumefazione è piccola e passa inosservata i fenomeni dolorosi possono essere interpetrati per coliche epatiche o nefritiche o appendicite. Se il paziente si lagna sopratutto di disturbi gastrici si può pensare a ulcera dello stomaco o del duodeno o a neoplasma gastrico, specie se si accompagna dimagramento.

Se la tumefazione ha un certo volume bisogna esaminare attentamente gli organi addominali in cui più frequentemente si svolgono produzioni che possono presentare i caratteri di quelle mesenteriche.

Innanzi tutto una cisti del fegato sviluppata dalla sua faccia inferiore, l'idrope della cistifellea, possono mentire completamente una cisti del mesentere, se non si riesce a rilevare la continuità con l'organo da cui provengono.

Vanno poi scartate le neoformazioni in una milza, o in un rene mobile, specie poi l'idro- e uronefrosi. Le cisti del pancreas sono fisse e per lo più si accompagnano con i segni d'insufficienza pancreatica.

Le tumefazioni sorte dal piccolo bacino nella donna sono quelle che più facilmente dànno luogo ad errori diagnostici.

Un fibromioma sottosieroso dell'utero peduncolato perde qualsiasi rapporto con l'organo e può essere spostato in ogni senso nell'addome.

Nei secoli scorsi spesso le pazienti si ritenevano gravide, ma i segni con cui si accompagna questo stato fisiologico, purchè ricercati, impediranno un tale errore.

Le cisti ovariche hanno più frequentemente occasionato l'errore diagnostico, sia nel periodo di stato, sia in quello di crisi peritoneale, pensando ad accidenti di torsione.

Quando la cisti mesenterica è a contatto con la parete addominale, immobile, con parete indurita da flogosi cronica, bisogna anche fare la diagnosi differenziale con una peritonite cronica incistata, con tumori del grande epiploon e del peritoneo.

Stabilito trattarsi di una raccolta liquida può qualche volta precisarsi la natura per le cisti parassitarie (eosinofilia, reazione di Weinberg) e talora per quelle emorragiche (violento trauma pregresso a cui è seguita tumefazione che è andata crescendo, accompagnata da reazione peritoneale).

La diagnosi di sede pure è possibile talora stabilire, come fece il Mariani. Le raccolte del mesocolon ascendente e discendente si confondono con quelle dei reni, presentando il ballottamento e anche il contatto lombare; quelle del mesocolon trasverso hanno i medesimi caratteri di quelle del pancreas.

PROGNOSI.

La natura della neoproduzione stabilisce la prognosi. Le cisti semplici, le più benigne, hanno andamento progressivo e a lungo andare sopraggiunge anche in esse denutrizione e cachessia.

Quindi la prognosi è favorevole se con l'intervento si asporta l'abnorme produzione sia essa cisti, sia tumore benigno (fibroma, lipoma).

I lipomi, talora voluminosissimi, qualche volta si riproducono.

I tumori maligni hanno prognosi infausta perchè a non lunga scadenza si ha recidiva, non ostante radicale asportazione.

CURA.

Per le cisti, nel passato, si usava la puntura ed evacuazione, ora questo cieco procedimento deve essere proscritto e non è il caso di ripetere gli argomenti che vi si oppongono essendo ben noti. Altro processo costantemente in uso era la marsupializzazione: al presente vi si ricorre solo in via di necessità, quando cioè o le deperite condizioni del soggetto o le grandi difficoltà operatorie non permettono un intervento radicale. Questo consiste nell'asportazione, sia per enucleazione semplice, sia con resezione di un'ansa intestinale.

Per i tumori l'estirpazione si impone. Si eseguirà la semplice ablazione per quelli di medio volume, facilmente scollabili dai tessuti su cui si trovano, e che non richiedano interruzione dei rami arteriosi terminali; si ricorrerà alla ablazione con resezione intestinale per quei casi voluminosi, con aderenze estese e in cui l' asportazione lede la circolazione intestinale. È superfluo aggiungere che in tali circostanze la prognosi si fa più grave, specie se le condizioni del paziente sono scadute e l' intervento ha richiesto lunghe e complicate manipolazioni.

QUESTIONI MEDICO-SOCIALI.

Durata della contagiosità della sifilide e consenso al matrimonio alla luce delle nuove indagini.

(E. HOFFMANN. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1913).

I grandi progressi nel campo della sifilidologia durante l'ultimo decennio hanno contribuito a chiarire molte ed importanti questioni scientifiche e ci hanno procurato nozioni molto più profonde sull'essenza della malattia.

Anche per la pratica esse hanno condotto a risultati straordinari, rendendoci possibile non solo una diagnosi precoce e sicura ed un trattamento più efficace, ma anche il modo di constatare e debellare la malattia latente negli stadi tardivi.

D'altra parte sembravano scosse, grazie alle nuove scoperte, alcune regole, che erano state fissate in seguito a lunga ed estesa esperienza medica. In ispecie si nota spesso attualmente una certa confusione riguardo la contagiosità della malattia ed il consenso al matrimonio. Conviene chiarirla.

Prima di tutto si è attribuita troppa importanza, in questo senso, alla reazione di Wassermann ed a certi risultati della sifilide sperimentale negli animali; inoltre c'è pericolo, che gli splendidi risultati del salvarsan vengano valutati soverchiamente a questo riguardo.

Le nostre nozioni sulla contagiosità della sifilide si sono sviluppate a poco a poco; per molto tempo si credeva, basandosi sulla autorità di

Ricord, che soltanto il sifiloma fosse trasmissibile.

In seguito fu detto, che soltanto i prodotti primari e secondari della malattia fossero contagiosi, non i terziari.

E perciò valse la regola, approvata dalla maggioranza dei medici, che i sifilitici possono contrarre matrimonio al più presto dopo tre e meglio quattro o cinque anni dall'infezione; quando si sono sottoposti a cinque o sei energiche cure mercuriali e sono rimasti liberi almeno un anno o meglio due da recidive.

Questo era lo stato delle cose, quando dal 1903 in poi si susseguirono quattro grandi scoperte, cioè la sifilide sperimentale, l'agente specifico, la sieroreazione, il salvarsan, in seguito alle quali anche le nostre nozioni cliniche si sono approfondite.

Per risolvere il problema sopra posto, è opportuno oggi considerare i risultati dell'indagine clinica ed analizzare l'influenza esercitata dai grandi progressi menzionati.

***

1. In base ad una ricchissima esperienza il Fournier ha fondato nel 1906 la dottrina della *Syphilis secondaire tardive*. Insistentemente e con grande energia egli combatte l'opinione, che si possa stabilire un limite netto alla fine del terzo anno fra manifestazioni contagiose superficiali secondarie e lesioni più profonde non più infettive terziarie. Egli allega un considerevole numero di casi, nei quali si producono quattro e fino a dieci e più anni dopo l'infezione, delle *placche sifilitiche secondarie tardive*, non solo alla pelle, ma anche alla mucosa della bocca e dei genitali. Queste *recidive superficiali erosive* si trovano con prevalenza in pazienti, i quali hanno subito un trattamento mercuriale abbastanza intenso, anzi secondo la sua statistica esse aumentano fino a un certo grado colla durata ed intensità delle cure mercuriali, mentre al contrario il numero delle recidive di tipo terziario è meno frequente. Le placche sifilitiche tardive dei genitali e della bocca hanno una grandissima importanza pratica perchè, sebbene siano senza pericolo per gli affetti, dànno luogo, secondo le esperienze di Fournier, ad *infezioni tardive* nel matrimonio e fuori di esso. Egli ha constatato questo fatto con sicurezza assoluta fino al decimo anno; ma anche al di là avvengono ancora con molta probabilità infezioni tardive.

L'insorgere di tali sintomi viene favorito da irritazioni locali (nella bocca, p. e., dal tabacco). Malati con tendenza a tali recidive devono essere considerati con la massima prudenza riguardo il consenso al matrimonio e bisogna curarli per molto tempo e in modo il più possibile intenso, con i mercuriali più efficaci (p. e. l'olio grigio).

Anche Hoffmann conosce dei casi, in cui insorgevano, da cinque a dieci anni dopo l'infezione, placche erosive tardive; ma egli le ha osservate molto più di rado che Fournier. Quindi si è posta la domanda, se non forse il particolar modo della terapia francese favorisse l'insorgere di queste manifestazioni sifilitiche tardive. Com'è noto, la cura prediletta è stata in Francia fino a pochi anni addietro quella delle pillole, e, secondo le storie cliniche dei malati, sembra infatti, che questo metodo di cura favorisca tali recidive.

Secondo la terapia più comune in Germania (cinque a sei o più cure di frizioni o iniezioni in tre anni) l'insorgenza di placche tardive non è tanto frequente, ed anche infezioni tardive sono fortunatamente eccezionali; inoltre abbiamo già da molti anni nelle iniezioni di calomelano un mezzo per impedire con una certa sicurezza tali recidive.

***

2. Queste indagini cliniche hanno ottenuto un ulteriore appoggio dalla scoperta della spirocheta pallida.

Numerose ricerche hanno dimostrato, che forme erosive e papulose del tipo secondario contengono in grande quantità le spirochete p., mentre queste si trovano scarsissime nella zona marginale dei prodotti sifilitici terziarii. Due altri fatti importanti ci ha insegnato l'indagine sulle spirochete, cioè che almeno nei primi anni dopo l'infezione, anche durante i periodi di silenzio, qualche volta possono scoprirsi spirochete pallide, p. e. sulle tonsille apparentemente sane, e che malgrado la reazione Wassermann negativa possono insorgere placche recidivanti ricche di spirochete pallide alla fine di cure mercuriali o poco tempo dopo di esse.

***

3. Particolare importanza per la questione che c'interessa, hanno i risultati della sifilide sperimentale.

Dopo la constatazione, da parte di Metschnikoff, Neisser, ecc., della infettività delle manifestazioni sifilitiche primarie e secondarie, si è riusciti

anche ad inoculare la malattia col sangue (Hoffmann), col siero di sangue (Uhlenhuth, Mulzer), col liquido cefalo-rachidiano di persone affette da sifilide recente. Anche con lo sperma sono stati ottenuti qualche volta risultati positivi (Finger, Landsteiner ed altri), ma in genere esso si dimostrò avirulento, di modo che non può avere quella importanza, specie per la trasmissione della sifilide congenita, la quale gli venne attribuita nel passato. Anche residui dei sifilomi e degli esantemi secondari si sono mostrati inoculabili (Sandmann) ed ospitano spirochete vive (Hoffmann). Ma specialmente è stata dimostrata l'inoculabilità di gomme ed altri processi luetici terziari (Finger, Neisser), anche quando l'infezione era avvenuta alcuni decenni addietro (Hoffmann).

Per questo sembra confutata l'antica esperienza medica: è divenuta una dottrina erronea e pericolosa, che gli esantemi terziari non siano contagiosi.

Ma bisogna considerare, che le inoculazioni riescono di rado e che soltanto l' inoculazione di piccoli pezzi della zona marginale dell'infiltrato fresco garantisce il successo, mentre il secreto dell'ulcerazione si è mostrato non infettivo. Tali condizioni non esistono quasi mai nei contatti da uomo ad uomo, e quindi si possono considerare praticamente i processi gommosi, salvo rare eccezioni, come poco pericolosi.

***

4. Sebbene l'intima essenza della reazione Wassermann non sia bene chiarita, si può considerarla con la massima probabilità come sintomo di una sifilide non ancora estinta, come segno cioè, che si trovano in qualche parte del corpo spirochete vive. Ma se esistono in un punto senza importanza per la salute, p. e., in una callosità connettivale, o se producono, aumentando a poco a poco, gravi conseguenze in un organo vitale, questo non ci insegna la reazione Wassermann.

Molto meno questa reazione può dirci sul grado della contagiosità, poichè casi virulenti possono reagire in senso negativo, e al contrario si può trovare una reazione nettamente positiva in persone senza sintomi morbosi, alcuni decenni dopo l'infezione; in persone che non hanno trasmesso la loro sifilide alle consorti e sono procreatori di figli sani.

Persino malati con la tendenza a placche mucose recidivanti possono presentare una reazione negativa, specialmente quando le recidive avvengono — fatto non infrequente — poco tempo dopo una cura mercuriale; in questi casi però il reperto positivo di spirochete pallide ci dimostra non solo la natura specifica, ma anche il carattere contagioso di tali efflorescenze.

Benchè questi fatti siano oramai conosciuti, pure vi sono molti medici i quali attribuiscono alla R. W. una grande importanza per la decisione riguardo il consenso al matrimonio, e i quali si rifiutano di dare il permesso quando la reazione è positiva.

***

5. Il salvarsan di Ehrlich si è mostrato, nel corso degli ultimi anni, un rimedio prominente ed indispensabile nella sifilide.

Tutti i sintomi vengono influenzati da esso in genere più presto e meglio che dal mercurio, ma la sua *superiorità* si manifesta particolarmente nelle forme contagiose erosive ed ulcerose dei genitali e della bocca, facendole sparire in breve tempo e diminuendo rapidamente il contenuto in spirochete del secreto.

Anche forme secondarie tardive esso guarisce presto.

Particolarmente efficace è la combinazione con cure energiche di mercurio, p. es. 15 iniezioni di un cmc. di salicilato di mercurio 10% e quattro iniezioni di 0.4 di salvarsan (il neo-salvarsan è meno efficace).

Il calomelano è indicato per sifilidi gravi e ostinate (persistenza della R. W. positiva), non quale metodo normale.

Questa cura combinata, di salvarsan e mercurio, che sembra offrire anche una certa garanzia contro le neurorecidive, dà ottimi risultati ed impedisce in moltissimi casi l'insorgere di recidive per un anno e più, e specialmente diminuisce la tendenza alle placche erosive.

Questi eccellenti risultati potrebbero indurre, quando la cura abortiva sembra essere riuscita, a considerare la sifilide già *precocemente* come *non infettiva*.

Ma tale punto di vista *non è giustificato e non è esente da pericoli*, poichè Finger e Hoffmann osservarono che uomini senza sintomi morbosi hanno contagiato, alcuni mesi dopo il trattamento combinato col salvarsan-mercurio, le loro consorti.

***

Prima di trarre le conclusioni per il consenso al matrimonio è opportuno premettere alcuni

appunti sul pericolo di contagio della sifilide in generale e sui punti di vista che meritano speciale riguardo pel consenso matrimoniale.

Il virus sifilitico non è molto resistente. La natura anaerobica della spir. p. rende comprensibile che proprio nel coito esistono le più favorevoli condizioni per l'attecchimento, poichè non soltanto un contatto prolungato e lesioni di continuo, ma anche l'assenza di ossigeno dell'aria vi ha una parte notevole. Dopo gli organi genitali, la bocca (labbra, tonsille, lingua), è maggiormente esposta: ma qui il virus non attacca così facilmente come ai genitali. Benchè i baci siano molto più frequenti che non il coito, e benchè placche infettive della bocca e della gola siano assai frequenti, pure il numero dei sifilomi iniziali extragenitali è solo uno per dieci delle infezioni totali. In tal modo ci si spiega, perchè la sifilide sia tanto pericolosa proprio nel matrimonio.

Si è creduto che esista una sifilide congenita di origine puramente paterna e che la trasmissione ai figli sia possibile senza infezione della madre.

Ma oggidì sembra accertato che « non c'è figlio sifilitico senza madre sifilitica ».

***

Secondo le nostre cognizioni attuali, si possono quindi formulare, riguardo la contagiosità e il consenso al matrimonio, le seguenti conclusioni.

Tra i casi curati soltanto con mercurio (e jodio) meritano speciale riguardo le forme sifilitiche secondarie tardive, le quali possono insorgere molti anni dopo l'infezione e di cui è accertata la contagiosità mediante il reperto positivo di spirochete vive ed inoculazione riuscita. Fortunatamente questi casi vengono influenzati bene dal salvarsan e guariti rapidamente e spesso anche definitivamente mercè una cura mista di salvarsan e mercurio.

L'infettività delle forme sifilitiche terziarie, dimostrata dalle esperienze negli animali, non ha per la pratica la grande importanza che sembrerebbe doverle competere al primo momento, poichè le condizioni, sotto le quali riesce la trasmissione, non esistono quasi mai nei contatti interumani.

La contagiosità dello sperma non sembra essere apprezzabile, secondo le esperienze fin qui eseguite. Una sifilide spermatogena del prodotto di concepimento senza malattia della madre non è dimostrata; bisogna considerare le madri di figli con sifilide congenita come malate e sottoporle al trattamento specifico. Il fatto, che le madri di figli sifilitici restano spesso prive di manifestazioni luetiche, si può spiegare con la supposizione, che dal feto contenente ingenti masse di spirochete entrano continuamente materiali immunizzanti nel sangue materno, i quali causano un decorso latente della malattia.

Che avvengano delle infezioni anche durante i periodi latenti, nello stadio secondario, è dimostrato da esperienze cliniche e reperti positivi di spirochete, p. es., sulle tonsille.

La R. W. non dà una risposta sicura riguardo la contagiosità; poichè essa è non di rado negativa oltre che nello stadio primario anche nei periodi latenti della sifilide secondaria, e in casi curati persino, quando insorgono recidive contagiose, mentre può rimanere positiva per molto tempo od anche persistentemente in casi inveterati e non più infettivi. Perciò essa non è decisiva riguardo il permesso al matrimonio.

Vale inveee la vecchia regola, ottenuta dall'esperienza medica, secondo la quale pazienti, che hanno subito cinque o sei o più cure mercuriali (meglio combinate con salvarsan) e sono rimasti esenti da manifestazioni durante l'ultimo anno (o gli ultimi due anni) possono sposare da tre o cinque anni dopo l'infezione.

Speciale prudenza è necessaria per le donne sifilitiche, poichè il passaggio delle spirochete al feto è possibile anche quando non esistono che piccoli residui della malattia; qui la R. W. assume maggiore importanza e deve indurre sempre ad un energico trattamento specifico durante la gravidanza.

I buoni risultati di cure intense con mercurio e salvarsan promettono maggiore sicurezza e non di rado guarigione completa precoce. Ma siccome sono già state osservate anche dopo tali cure alcune infezioni matrimoniali durante i periodi latenti dello stadio secondario, non è consigliabile deviare dalla regola su esposta; piuttosto bisogna sempre raccomandare per ora una attesa di tre anni.

Non abbiamo il diritto di escludere sifilitici maschi con R. W. positiva dal matrimonio, quando si sono attenuti alla regola esposta; anche in essi però tenteremo di rendere la reazione negativa — e spesso ci riusciamo — per mezzo di una o più cure salvarsanico-mercuriali.

E così restiamo, malgrado tutti i progressi, attaccati per ora alla vecchia regola; soltanto pos-

siamo sperare che nell'avvenire saranno forse sufficienti da due a tre cure energiche di salvarsan e mercurio invece di cinque o sei o più cure mercuriali. Quanto potrà essere abbreviata dopo una guarigione abortiva ottenuta mediante una tale cura l'attesa del matrimonio, c'insegnerà la ulteriore esperienza.

Blaschko ha difeso ultimamente l' opinione che il medico, quando si tratta del consenso al matrimonio, non faccia che il perito e lasci al paziente, dopo l'esposizione dei fatti, la decisione se debba sposare o no.

Questo punto di vista è certamente molto comodo, ma il paziente cerca da noi un consiglio fondato su competenza ed esperienza ed è anche in diritto di attenderlo. Naturalmente non si può dare una garanzia assoluta, ma si può assumere una certa responsabilità, dichiarando molto improbabile una infezione, secondo l'esperienza medica.

Con questo si toglie al paziente, che cerca il nostro aiuto, un grande peso di coscienza e si conferisce tanta sicurezza, quanta è necessaria e possibile nella vita umana.

I. ULLMANN.

LEZIONI

La terapia della difterite.

L'argomento, per quanto possa apparire dotato di scarso interesse per essere già stato esaurientemente trattato da numerosissimi autori, è stato scelto per tema di una lezione clinica dal professore E. Feer di Zurigo (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, n. 14). Riteniamo fare cosa utile il riassumere questa lezione.

Dacchè possediamo un mezzo terapico con cui riescimmo, il più delle volte, ad avere ragione del processo difterico sorpreso al suo iniziarsi, è nostro dovere imprescindibile di farne per tempo la diagnosi. Perciò non conviene trascurare mai la ispezione delle fauci in un fanciullo febbricitante che presenta una vaga sintomatologia. La diagnosi differenziale va fatta coll'*angina Vincenti* che colpisce per lo più una sola tonsilla e vi lascia una esulcerazione colla *forma scarlattinosa* quando l'esantema manca o comparisce tardi, e particolarmente colla *angina lacunare* che mentisce facilmente per la formazione di uno essudato patinoso aderente alle pareti un processo difterico, il quale d'altronde non di rado sotto tale forma di angina si inizia o decorre e da questa si distingue per il carattere membranoso, fibrinoso dell'essudato. Assai facilmente può venire misconosciuta la difterite quando colpisce parti poco o punto accessibili alla vista come le cavità nasali, l'epiglottide, la trachea. Assai più frequentemente di quel che non si creda, il processo difterico s'inizia primitivamente sull'epiglottide (vero *croup*). Un fanciullo che sia affetto da raucedine e che dopo due o tre giorni presenta fenomeni di stenosi e di afonia deve destare subito grave sospetto ancorchè abbia le fauci perfettamente intatte, e va sottoposto ad un accurato esame laringoscopico. Si ponga mente che nel morbillo alla comune laringite si sovrappone spesso una vera laringite difterica! Assai facilmente può sfuggire all'osservazione del medico la difterite nasale primitiva. Una corizza ostinata, febbrile, con ingrossamento delle glandole cervicali e accompagnata da abbattimento dello stato generale, con secreto nasale tenue, purulento, sanguinolento e con escoriazioni alle narici, deve fare pensare ad un processo difterico.

In ogni caso sospetto ci dobbiamo poi avvalere del criterio microscopico e di quello culturale, servendosi per materiale di esame delle membrane, delle secrezioni, ecc., raccolte nelle parti affette. Conviene però tenere bene presente che anche nei casi d'una difterite clinicamente conclamata il reperto microscopico e quello biologico può riuscire assolutamente negativo.

Il bacillo di Löffler agisce deleteriamente non solo localmente colla produzione delle membrane, ma eziandio, ed anche più virulentemente, sull'organismo intiero per mezzo delle tossine da esso elaborate e versate nel torrente sanguigno. Le guarigioni spontanee avvengono per la neutralizzazione di dette tossine operata dalle antitossine che si producono nel siero del sangue per la presenza di esse tossine in quest'ultimo. Questo fatto suggerì al Behring l'idea geniale d'introdurre nell'organismo colpito dalla difterite le antitossine già bell'e pronte quali vengono fornite dal siero del sangue degli animali (cavallo, asino) ripetutamente inoculati con colture di bacilli di Löffler. La sieroterapia viene praticata ormai da 17 anni nella cura della difterite con tale successo da costituire un vero trionfo della medicina moderna. Già 24 ore dopo l'iniezione si osserva un notevole miglioramento dei sintomi locali: una netta linea di demarcazione si forma intorno alle membrane, che si sollevano dal fondo, si staccano e

spariscono entro 2-3-5 giorni. I sintomi generali dovuti all'intossicazione tardano un po' di più a dileguarsi essendo essi dovuti all'azione delle tossine sulle cellule dei tessuti alle quali si sono tenacemente fissate e dalle quali le antitossine non riescono a staccarle che dopo un certo tempo. Le cellule più colpite sono quelle del cuore, dei reni e del sistema nervoso. Grazie alla sieroterapia oggidì è un fatto raro che il processo difterico dalle fauci discenda nell'albero respiratorio. Il successo della sieroterapia dipende in gran parte dalla prontezza con cui ad essa si ricorre. Secondo Deycke su 78,000 casi di morte il 4.3 % solamente era dato da quelli in cui erasi praticata l'iniezione di siero antidifterico nel primo giorno di malattia. Il trattamento tardivo ha per conseguenza una diffusione delle membrane alla laringe, ai bronchi una fissazione più tenace della molecola tossinica al protoplasma cellulare, lo stabilirsi d'infezioni secondarie da piogeni e contro le infezioni miste il siero specifico riesce inefficace. Si sono dati dei casi in cui l'infermo non si è potuto salvare neppure intervenendo coll'iniezione di siero nel primo giorno di malattia: trattavasi in tali casi o di una straordinaria virulenza dei bacilli di Löffler, oppure di una scarsissima resistenza organica del paziente.

Se il siero antidifterico ha un difetto è quello di essere semplicemente antitossico, ma non anche antibacterico. Perciò nelle fauci e nel caso dei pazienti guariti si trovano ancora i bacilli della difterite che hanno conservato la loro virulenza e che la possono conservare talvolta fino al 90° giorno dopo l'inizio della malattia. Tutti i tentativi per preparare un siero antibactericida sono per ora riusciti vani. Alcuni quesiti, cioè quelli concernenti le iniezioni profilattiche, la dose del siero da iniettare ed il metodo delle iniezioni si impongono per la loro importanza ed attendono di venire risolti. L'esperienza ha insegnato che l'iniezione di 250 a 500 unità immunizzanti è sufficiente a immunizzare un individuo contro una eventuale infezione difterica per la durata di tre settimane. È perciò invalsa la pratica delle iniezioni profilattiche sia nelle famiglie, sia negli ospedali in cui siasi manifestato un caso di difterite in qualche fanciullo. La pratica per sè stessa commendevolissima, presenta qualche inconveniente; alludiamo alla malattia da siero che talora si manifesta da sette a undici giorni dopo l'iniezione con esantemi polimorfi, febbre e dolori agli arti, ecc., e che è dovuta non all'antitossina ma al suo veicolo, al siero eterogeneo cioè che in genere è quello di cavallo: si tratta però di uno stato che non presenta alcuna gravità, mentre invece può destare preoccupazione quello stato determinato da una prima iniezione di siero che venne designato col nome di anafilassi e che è pure dovuto al siero eterogeneo. Una seconda iniezione può in tali casi dare luogo a gravi fenomeni quali: edemi, febbre, collasso. Pertanto a nostro avviso le iniezioni a scopo profilattico vanno possibilmente evitate in genere, e consigliamo praticarle nei fanciulli male sorvegliati e specialmente in quelli affetti da corizza. Per evitare i fenomeni di anafilassi il Meyer propone di servirsi in una prima iniezione di siero di montone. Il Gilette ha raccolto una statistica di 20 casi di anafilassi da siero di cavallo osservati in America seguiti da morte. Una speciale forma di idiosincrasia una intolleranza cioè per tutto ciò che è di provenienza equina, oppure una ipersensibilità congenita, uno stato timico-linfatico, potrebbero spiegare i fatti suaccennati.

Su un altro punto concernente la profilassi dobbiamo soffermarci.

Dobbiamo tenere isolato il paziente guarito ma che però alberga ancora nelle sue fauci bacilli di L. virulenti? È desiderabile che i pazienti vengano messi in libertà quando le colture coi materiali fatti dalla retrobocca riescano negative. Si noti però che spesso durante la convalescenza per alcuni giorni non si riesce trovare i bacilli che poi si rinvengono nei giorni successivi. Non abbiamo un mezzo sicuro per uccidere i bacilli nella gola, ad ogni modo è raccomandabile una diligente *toilette* delle fauci e delle vie nasali con acqua borica od ossigenata.

L'iniezione di siero va fatta anche nei casi semplicemente sospetti ed il più prontamente possibile specialmente se si tratta di fanciulli deboli. Trattandosi però di fanciulli di età maggiore e robusti con sintomi leggeri, per es., di angina lacunare, conviene aspettare fino a che la diagnosi venga confermata per fare l'iniezione. Non sempre ricorriamo noi alla sieroterapia nei casi di diagnosi accertata: e cioè quando le lesioni tonsillari rimangono circoscritte anche nella seconda giornata e lo stato generale è poco alterato ed i pazienti sono robusti e dell'età di 6 ad 8 anni.

Riguardo alla dose di siero da iniettare essa varia a seconda della gravità e della durata dell'affezione. La cura deve essere tanto più energica quanto è minore l'età dell'infermo. Nei casi d'una

semplice tonsillite difterica iniettiamo da 1500 a 2000 unità, in quelli con diffusione del processo al faringe, al naso ed alla laringe, e nei casi più gravi rispettivamente: da 2000-3000, 3000 e 4000 unità per dose. Se i fenomeni d'intossicazione sono gravi (frequenza e piccolezza del polso, pallore, nefrite) iniettiamo 4000 UI, e se dopo 24 ore non si constata un miglioramento procediamo ad una seconda iniezione di 4000. Però abbiamo osservato che il risultato ottenuto colla seconda iniezione è insignificante, e ci siamo pure persuasi che colla dose di 4000 UI si raggiunge per lo più lo scopo desiderato. In alcuni casi gravissimi (profonda prostrazione, pallore impressionante, ingorgo glandolare imponente, diatesi emorragica, grave nefrite) abbiamo iniettato dosi di 5000 UI. In America, in Inghilterra ed in Francia ed anche a Vienna dal Pospischill si iniettano dosi enormi (da 10,000-20,000-50,000 UI) di siero nei casi disperati, ed a quanto ci si assicura qualche volta il paziente è stato così strappato alla morte. Consigliamo di tentare, quantunque personalmente non ne abbiamo esperienza, questo mezzo estremo nei casi disperati dal momento che autorevoli colleghi ad esso ricorrono. Merita poi di venire presa in considerazione la proposta di Mioy, di praticare cioè durante la convalescenza dei casi gravi una o due iniezioni di dosi massive di siero.

Riguardo alla via da scegliere per praticare la iniezione di siero, quistione questa di non poca importanza, debbo dirvi che quella delle vene è da prediligere nei casi allarmanti in cui si vuole ottenere un pronto effetto. Le iniezioni endovenose si sono mostrate sempre perfettamente innocue e praticabili nei fanciulli dai tre ai quattro anni in su. Anche le iniezioni intramuscolari presentano notevoli vantaggi su quelle sottocutanee, le quali allo stato delle nostre odierne cognizioni andrebbero abbandonate affatto. In via generale vanno praticate le iniezioni intramuscolari (nei glutei, nel *vastus externus*).

La terapia locale è stata, ed a ragione, quasi totalmente abbandonata.

È consigliabile però di procedere alla disinfezione della cavità orale quando da questa emana forte fetore con sciacqui o spruzzi di soluzioni di acqua ossigenata. Nei casi di difterite nasale giovano le insufflazioni di *bolus alba* sterilizzata. L'applicazione di compresse fredde al collo nei casi di vero *croup* sono, a quanto abbiamo constatato, più dannose che utili; invece nei casi di difterite delle fauci le applicazioni esterne del freddo sono giovevoli specie se v'è notevole infiltrazione glandolare.

È di essenziale importanza il sorvegliare le condizioni degli organi della circolazione. Se il polso diventa frequente, depressibile, si facciano iniezioni di canfora e si propini per bocca il benzoato sodico di caffeina. Contro l'abbassamento della pressione del sangue si pratichino le iniezioni di caffeina, di canfora (1 cmc. più volte al giorno) e di soluzione all'1 % di adrenalina. Pospischill ha iniettato perfino 12 cmc. di tale soluzione in un giorno.

Contro le paralisi postdifteriche, oltre alle solite cure, consigliamo l'impiego di alte dosi di siero (da 30-80 mila UI). Nei casi di stenosi della laringe dopo avere esauriti gli altri mezzi (inalazioni, spruzzi, soluzioni di NaCl, impacchi caldi intorno al collo, ecc.) si ricorra alla intubazione e solamente nei casi in cui questa non abbia dato i risultati sperati si proceda alla tracheotomia.

BELOSERSKY.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Contributo alle lesioni cardiache da sforzo

per il dottor FELICE SANTORI, medico chirurgo.

G... F... di anni 36, lavorante cartaio, il giorno 12 agosto 1911 alle ore sei andò al lavoro e vi attese con la solita attività e col solito buon umore fino alle ore 17.30, quando incollò a spalla, insieme con altri cinque compagni, l'asse di una turbina del peso di quintali 3.30, per trasportarlo di circa 120 metri.

Egli era il più alto, ed era all'estremo posteriore. Nel salire una scala, verso l'ultimo scalino sentì gravitare su di sè tutto il peso; si sforzò a reggerlo; ma in ciò avvertì un forte dolore alla metà sinistra del torace, e fu costretto a lasciare il peso, a sedersi a terra perchè si sentì mancare, si sentì oppresso. I compagni lo confortarono e poi lo condussero a casa. Nella notte il dolore non svanì. L'indomani alle ore 10 il dottore trovò il Ghera con la febbre. Verso sera la temperatura oltrepassò i 40°, il dolore si fece più insistente e più diffuso.

Nei giorni seguenti la febbre s'innalzò ancora, le condizioni generali si aggravarono; e nella nottata del terzo giorno di malattia si ebbe il decesso.

Tre giorni dopo l'interramento, a richiesta della Società Assicuratrice, si fece l'autopsia, dalla quale risultò quanto segue:

Esame esterno del cadavere. — Il cadavere è

di sesso maschile. La corporatura robusta. Sviluppo muscolare e scheletrico regolare; tessuto adiposo sottocutaneo abbondante. Bulbi oculari sporgenti. Si trova in stato di avanzata putrefazione, rimontando la morte ad ore 84 circa.

All'esame esterno non si rivela alcuna lesione violenta o postuma di essa.

Si porta in modo speciale l'attenzione sulla regione scapolare sinistra, ove, si dice, avere il Ghera riportato una contusione.

Attualmente detta contusione non apparisce.

Esame interno, sezione del cadavere. — Con taglio circolare si incidono le parti molli del cranio. Nulla di notevole a carico del cuoio capelluto oltre i fenomeni di imbibizione cadaverica.

Con colpi di sega circolarmente condotti si asporta la calotta cranica.

Non esistono aderenze con la dura sottostante.

Incisa la dura la quale è di consistenza normale, si asporta il cervello.

I vasi della dura alla base sono congesti (per stasi post-mortale).

Il cervello trovasi in stato di avanzatissima putrefazione ed in talune zone è ridotto ad una vera poltiglia.

In talune condizioni le ricerche che si possono fare nel cervello sono necessariamente molto sommarie, tuttavia non risulta alcuna lesione grossolana nè della massa cerebrale in sè, nè del suo sistema vasale. Asportata la massa cerebrale e scollata la dura nulla si osserva alla base del cranio.

Cavità toracica. — Si incidono lungo la linea medesima le parti molli del torace nelle quali non esiste alcuna traccia di lesione.

Si scollano dette parti dalla gabbia toracica sottostante, si disarticolano le clavicole, si asporta secondo arte lo sterno nettendo allo scoperto gli organi della cavità toracica.

Tutte le costole sono sane.

Il pericardio è ricoperto all'esterno da notevole quantità di grasso; i polmoni appaiono alquanto afflosciati.

Si apre la cavità pericardica.

Non si rinviene liquido pericardico.

Tutta la parte posteriore interna del pericardio, più specialmente verso l'alto, è ricoperta da un essudato fibrinoso purulento di colore giallo arancio.

Si asporta il cuore. Esso appare nel suo complesso afflosciato, è coperto all'esterno da un notevole strato di grasso.

Misura centimetri 18 $^1/_2$ in senso verticale, cm. 13 alla base. Tutta la faccia posteriore è ricoperta da essudato simile a quello sopra descritto.

Apriamo il ventricolo sinistro, la sua superfice interna è ricoperta da essudato simile al precedente sotto il quale la parete appare irregolare con piccoli sollevamenti e una grossa chiazza grigio-opaca. Non contiene sangue. I veli valvolari sono anch'essi coperti da tale essudato ma non sono corrosi o calcificati.

Il ventricolo sinistro appare dilatato.

Spessore del miocardio al ventricolo sinistro cent. 28 (misura approssimativa dato lo stato di disfacimento di esso).

L'aorta all'inizio, all'altezza dele valvole, misura cent. 7 di diametro, è elastica, non ha concrezione di sorta.

Si apre pure il cuore destro il quale è anch'esso sfiancato.

Le pareti sono coperte da essudato e così pure le valvole.

Coronarie pervie.

Aorta toracica normale.

I polmoni galleggiano nell'acqua; al taglio si constata lo stato di avanzata putrefazione, ma nulla di anatomicamente alterato. Solo asportando il polmone sinistro notiamo in avanti ed in alto aderenze di antica data col pericardio, e posteriormente leggerissime aderenze pleuriche.

La pleura parietale appare normale.

La cavità pleurica non contiene liquido.

Nulla di anormale si riscontra a carico degli organi del collo.

Cavità addominale. — Prolungando il taglio longitudinale mediano apriamo la cavità addominale.

Peritoneo parietale e viscerale normale.

Constatiamo la normale posizione di tutti gli organi.

Si lega e si asporta lo stomaco e l'intestino a carico dei quali non si riscontra nulla di anormale.

La cavità addominale non contiene liquido.

A sinistra il colon discendente ha aderenze fortis ime con la milza, ma la milza è in tale stato di spappolamento, dovuto alla putrefazione, che non è possibile in alcun modo estrarla; essa si lacera a brandelli.

Il fegato è di color nero lavagna, facilmente spappolabile per la putefazione; a carico di esso non si riscontra nulla di anormale.

I reni sono entrambi nella loro posizione normale. Misurano cent. 14 per 18, sono facilmente scapsulabili; al taglio presentano bene evidenti le piramidi. Sono congesti, ma non appare alcuna emorragia.

Nulla a carico della vescica e dei genitali.

Nulla a carico delle membra.

Dal reperto necroscopico si può concludere che causa della morte del G... fu l'endo-mio-pericardite acuta. Ora, essendo fuori dubbio che prima dello sviluppo della malattia il G... fece uno sforzo violento, come risulta dal fatto esposto secondo le deposizioni di testimoni oculari, è da stabilire quale nesso vi sia fra lo sforzo e il detto morbo.

Quando fioriva l'entusiasmo per i germi patogeni tanto da farli ritenere come causa unica

delle malattie infettive, allora si sarebbe negato ogni rapporto fra lo sforzo e l'endo-mio-pericardite. Uguale sarebbe il giudizio di Barié, il quale considera come spontanee le rotture delle valvole cardiache consecutive allo sforzo.

Ma oggi è assodato scientificamente che non basta la sola presenza di germi patogeni virulenti nell'organismo animale, perchè si abbia la malattia; ma che occorre sempre o quasi sempre l'intervento di altre cause, dette predisponenti o determinanti, le quali favoriscono lo sviluppo e l'azione malefica dei microrganismi. Così causa diretta dell'endocardite acuta sono i flocogeni — gli streptococchi, gli stafilococchi, lo pneumococco —; ma perchè essi esplichino la loro azione hanno quasi sempre bisogno dell'aiuto di cause predisponenti, fra le quali figurano i traumi del cuore. Oggi l'opinione di Barié s'infrange contro numerose osservazioni consacrate nella letteratura medica, le quali dimostrano che lo sforzo è un vero trauma del cuore capace di provocare fin rotture valvolari. Si può quindi con sicurezza affermare che fra l'endo-mio-pericardite acuta che ha portato il G... alla morte, e lo sforzo dal G... subìto, il nesso è strettissimo quale di causa ad effetto.

Ma dove erano i germi flocogeni; e quale azione ha esplicato lo sforzo?

Alla prima domanda si può rispondere con due ipotesi: o i germi circolavano casualmente nel sangue, o erano latenti in un focolaio di endocardite cronica, o nelle vecchie aderenze pleuro-pericardiche, o spleno-peritoneali.

La prova comune che germi patogeni virulenti possano circolare nel sangue d'individui sani, si ha nello sviluppo di una flogosi dei tessuti profondi in seguito ad una contusione senza lacerazione dei tessuti molli, della cute. Per altro anche mediante ricerche batteriologiche sono stati rinvenuti nel sangue d'individui sani germi patogeni virulenti. Il Durante li rinvenne nel sangue di un cenciaiuolo e di un assistente dell' Istituto anatomico fin nel 1876. Altri osservatori hanno negli anni seguenti confermato detto reperto.

Riguardo alla seconda ipotesi è a dirsi che tutti i patologi ritengono che germi patogeni possano per anni rimanere latenti in un focolaio flogistico cronico.

Ora i germi circolanti nel sangue del G... sarebbero periti in esso o si sarebbero eliminati per i comuni emuntoi senza dare manifestazioni; i germi latenti sarebbero rimasti nel loro letargo, se lo sforzo non fosse venuto a ridestare gli uni, e a preparare per gli uni e per gli altri un buon terreno di coltura nei tessuti del cuore da esso danneggiato. Ed è facile immaginare il meccanismo col quale lo sforzo ha agito. Allorchè il G... cercò di sostenere il peso dei tre quintali, dovette contrarre tutti i suoi muscoli, e a glottide chiusa tendere il diaframma.

La contrazione dei muscoli, la compressione dell'aria negli alveoli, ostacolarono la circolazione nei piccoli vasi, diminuirono l'area dell'alveo circolatorio, e aumentarono nel grande e nel piccolo circolo la pressione così che invano il cuore si sforzò a cacciare nelle arterie il sangue raccolto nei suoi ventricoli; il suo muscolo si rilasciò, si distese, e in ciò lacerazioni minime si produssero nelle fibre muscolari, nell'endo e pericardio, nei piccoli vasi, nei filetti nervosi.

Queste lesioni non sono state constatate nel cuore del G... per le alterazioni prodotte dal morbo e dalla putrefazione e perchè non fu fatto l'esame microscopico del viscere, che io nell'interesse della vedova non richiesi; ma ci spingono a ritenerle esistenti e la notevole dilatazione delle cavità cardiache; e numerose osservazioni che stanno a provare come lo sforzo possa produrre fin rotture valvari; ed esperienze fatte sopra dei cadaveri; e la stessa sindrome presentata dal G...

Il chiaro dottor Ranelletti in un suo bellissimo lavoro, molto stimato anche all'estero, raccoglie 79 casi di rotture valvolari, delle quali 43 da sforzo; e giustamente egli scrive: se lo sforzo è capace di produrre fin rotture valvolari, *a fortiori* deve produrre lesioni minime. Nell'esperienze fatte su cadaveri si è riuscito mediante l'aumento di pressione nelle arterie a provocare rotture valvolari; ed è con lo stesso meccanismo che agisce lo sforzo.

La sindrome poi presentata dal G... ci assicura che il suo cuore era stato danneggiato dallo sforzo; così il dolore subitaneo ed atroce al cuore e alla metà sinistra del torace, così l'abbandono, l'impossibilità di stare in piedi; la tendenza lipotimica, l'oppressione, l'affanno.

Orbene un cuore così turbato nella sua nutrizione, e nella sua innervazione, un cuore lacerato anche in piccoli punti rappresenta un

ottimo terreno di coltura come ci dimostrano il semplice raziocinio, parecchie osservazioni, ed infine esperienze eseguite su di animali.

Il prelodato Ranelletti riporta 28 casi, in due dei quali lo sforzo fu causa d'endocardite provocando lesioni minime senza rotture valvolari; negli altri 26 causa di lesioni minime a carico del cuore e di endocardite consecutiva fu il trauma diretto nella regione cardiaca. Lo sforzo in questa statistica si può dire che figuri appena: ma ciò va riferito a che facilmente esso non è stato preso in considerazione specie se la malattia ha tardato un po' a svilupparsi, o meglio a farsi conoscere.

Vari autori hanno prodotto a scopo sperimentale, delle irritazioni, delle lacerazioni nelle valvole cardiache di conigli, ai quali hanno poi inoculato germi flogogeni. Orbene, in detti animali si sviluppò endocardite a carico delle valvole maltrattate.

Ecco dunque che per le varie ragioni sopra esposte non può mettersi in dubbio che lo sforzo fatto dal G... causò nel cuore lesioni minime, nelle quali i germi flocogeni, o capitati a caso, o destati dal letargo si svilupparono rigogliosi diffondendosi poi in tutti i tessuti del cuore stesso.

Ma lo sviluppo abbastanza precoce della malattia non potrebbe spingere a pensare che la sindrome presentata dal G... sia dovuta allo insorgere spontaneo del morbo?

Intanto essendoci stato uno sforzo subìto prima che i detti sintomi si presentassero, nè la logica, nè la scienza ci permettono di negare ad esso ogni importanza specie dopo le considerazioni fatte.

Vi è inoltre da osservare che se si fosse trattato di inizio dell'endocardite acuta, non si sarebbe avuto un quadro così solenne, cioè, il dolore istantaneo e atroce, l'oppressione, l'affanno, l'accasciamento; e di più facilmente non sarebbe mancato qualche brivido, nè la febbre. Il brivido e la febbre si sono invece presentati nella mattina seguente; ed essi ci dicono che verso la mattina, dopo 10-12 ore circa dall'infortunio, si è iniziato il processo morboso.

Questo tempo relativamente breve per lo sviluppo di una malattia non deve meravigliare nel caso in parola; perchè ai germi flogogeni bastano in genere poche ore, 6-12-24, per manifestare la loro azione, e tanto meno per quanto sono più virulenti come devono essere stati nel caso del povero G..., giudicandolo dall'enorme diffusione nei tessuti cardiaci e dalla malignità del morbo.

Del resto si sa che, se s'innestano degli streptococchi nell'orecchio di un coniglio, già dopo 18-24 ore si ha arrossamento e gonfiore. Nell'uomo sono stati innestati degli streptococchi a scopo di cura di tumori maligni: ebbene il gonfiore e il rossore si sono manifestati dopo 6-12-61 ore.

Riguardo poi allo pneumococco non si riferiscono casi di polmonite manifestatisi subito dopo una infreddatura o dopo un trauma?

Eichhorst scrive di avere osservati vari casi di polmonite sviluppatisi *poche ore* dopo una caduta in acqua fredda; e riferisce il fatto di una compagnia di soldati dei quali parecchi ammalarono di polmonite *subito dopo* una marcia fatta con un freddo intenso.

Ora causa efficiente dell'endo-mio-pericardite acuta del G... sono stati dei germi flogogeni, o gli stafilococchi, o gli streptococchi, o lo pneumococco. È mancato l'esame batteriologico per meglio assodarlo, ma non si può dubitare che uno o più dei tre germi accennati sia da incriminarsi. Un altro reperto necroscopico richiama l'attenzione, ed è il notevole strato di grasso che circondava il cuore del G....

Si trattava di cuore grasso? Quale influenza detta condizione ha esercitata nello sviluppo dell'endo-mio-pericardite acuta?

Anzitutto è bene dire che lo strato di grasso era notevole, ma era specialmente situato nei solchi del cuore e alla base attorno ai grossi vasi; e che il tessuto adiposo sottocutaneo era abbondante, come carico di grasso era l'epiploon. Macroscopicamente non si rivelava grasso fra le fibre del miocardio. Ora, sebbene sarebbe stato necessario l'esame istologico del cuore per constatare se infiltrazione grassa vi era nel miocardio, e decidere quindi se nel G... vi era cuore grasso allo stato iniziale, pure la sede occupata dal grasso, uno dei depositi normali del grasso in individui adiposi, il nessun disturbo a carico del cuore nelle ordinarie occupazioni abbastanza gravi, alle quali il G... attendeva a turno e di giorno e di notte, spingono a ritenere che nel G... non può trattarsi di cuore grasso propriamente detto, di un cuore grasso nel senso patologico. Del resto anche se di cuore grasso si fosse trat-

tato, non potrebbe attribuirsi a questa condizione nessuna influenza sullo sviluppo dell'endomio-pericardite acuta.

Il grasso infiltrato nel miocardio sarà causa di debolezza nella tonicità, nella contrattibilità, nella conducibilità di questo; ma non una causa predisponente alle infezioni. Certo il cuscino di grasso che era sul cuore del G... era un fastidio al cuore, un incomodo nella sua funzione, un elemento di debolezza e come tale può avere agevolato lo sforzo nel danneggiare il cuore; ma la sua azione non è andata oltre.

Venendo ora alla questione medico-legale credo che elementi utili a risolverla siano le condizioni funzionali del G... prima e dopo l'infortunio. Prima dello sforzo il G... era nel completo uso delle sue forze, aveva un cuore con funzione normale; dopo lo sforzo perdette ogni capacità al lavoro, fu costretto a cadere per terra. Prima dello sforzo non può ammettersi che egli fosse malato come dimostrano l'attività e il buon umore con il quale lavorava: dopo lo sforzo sopravvenne la malattia che lo condusse alla tomba.

Anche se preesisteva un'endocardite cronica come dicono i periti della Società assicuratrice, ma come non risulta dal reperto necroscopico, anche se esisteva il cuore grasso, nè l'una nè l'altro turbavano la funzione del cuore, impedivano al G... di attendere al proprio lavoro, come qualunque sano operaio.

Lo sforzo fiaccò il cuore, lo sforzo ridestò i germi latenti nel focolaio di endocardite; senza lo sforzo il cuore del G... anche grasso sarebbe rimasto illeso come era prima, e i germi sarebbero rimasti latenti.

Ora concetto giuridico costante nel vagliare i danni causati da un infortunio è quello di guardare all'integrità funzionale preesistente all'infortunio stesso. Era detta funzionalità integra? Ebbene non ha importanza l'esistenza di lesioni anatomiche; la Società assicuratrice è pienamente responsabile.

Da quanto sopra si è esposto credo poter concludere:

1° la morte del G... è stata causata dall'endo-mio-pericardite acuta;

2° il nesso fra questa malattia e lo sforzo fatto dal G... è strettissimo, quale quello di causa ed effetto;

3° detto nesso è ribadito dallo sviluppo precoce della malattia;

4° detto nesso non vien meno anche se nel G... presisteva endocardite cronica e cuore grasso;

5° nè la preesistenza di endocardite cronica e del cuore grasso nuocciono alla tesi giuridica favorevole alla vedova e agli orfani del G...

LETTERATURA

STRUMPELL. *Pat. med.*, vol. I, parte II.
EICHHORST. *Pat. med.*, vol. I.
ZIEMSENN. *Pat. spec. medica*, vol. VI e vol I, parte II.
DURANTE. *Pat. chirurg.*, vol. I.
CELLI. *Manuale Uff. San. — Batteriologia.*
A. RANELLETTI. *Le lesioni valvolari del cuore di origine traumatica.* Tip. Li Fabio, Roma.
P. RIBIERRE. *Le rotture valvolari.* Le Monde Médical, 10 giugno 1912.

Tivoli (Roma), 15 agosto 1912.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 29 novembre 1912.

Ottorino Uffreduzzi e **Giacinto Giordano.** — *Esperienze sull'operazione di Roux (esofago-digiuno-gastrostomia) per via endotoracica.* — Gli autori, dopo numerosissime esperienze, per stabilire la portata pratica dell'operazione di Roux per via extratoracica, sono riusciti a semplificare l'operazione ed a renderla di breve durata nel modo seguente:

primo tempo, sezione dell'intestino 12 cm. circa sotto al Treitz, innesto laterale del moncone afferente nell'ansa efferente 20 cm. circa sotto la sezione, il moncone periferico viene stirato in alto sotto la cute del torace sia passando avanti o no al colon;

secondo tempo (dopo un mese) anastomosi gastro-digiunale ed eventualmente dell'esofago all'intestino.

Ciononostante essi sono venuti nella persuasione che i casi in cui l'ansa rimane vitale fin sopra il giugulo sono assolutamente rari, tantochè molte volte il risultato viene frustrato dall'impossibilità di riunire lo stoma intestinale all'esofago cervicale.

Partendo da tal concetto, considerando come sicura la vitalità dell'ansa a patto che non salga oltre al terzo medio del torace, essi hanno tentato di praticare l'operazione così modificata nel mediastino posteriore al posto dell'esofago resecato ed anastomizzandolo direttamente al moncone esofageo, usufruendo l'apparecchio per la narcosi con insufflazione intratracheale.

Le conclusioni a cui sono giunti gli autori sono le seguenti:

1° l'intestino, privato o no di un'ansa vascolare, trapiantato nel mediastino in sostituzione dell'esofago, rimane vitale e nutrito a condizione che la sua lunghezza non sia superiore al terzo inferiore del torace;

2° nonostante la vitalità dell'intestino il risultato definitivo spesso viene a mancare per l'infezione e questa è tanto più probabile quanto più estesa fu la resezione;

3° la limitazione nella lunghezza dell'intestino vitale, colla via endotoracica assume minima importanza pel fatto che a qualsiasi altezza l'intestino giunga può venire abboccato al moncone esofageo;

4° l'indicazione perciò dell'intervento dovrebbe rimanere limitata ai casi di stenosi di qualsiasi origine (perciò anche carcinomatosa a cui non è applicabile il processo extratoracico del Roux) non estese sopra il terzo inferiore dell'esofago toracico.

Giordano. *Esperienze sulla legatura della vena cava superiore per via endotoracica.* — L'autore, usufruendo dell'apparecchio per la narcosi con insufflazione intratracheale, pratica, nel cane con una pleurotomia nel secondo o nel terzo spazio intercostale destro la legatura della vena cava superiore sia sopra che sotto lo sbocco della vena azigos.

Nei casi in cui fu fatta l'allacciatura sotto la vena azigos, i cani sono morti entro la prima giornata; si ebbe una sopravvivenza nel maggior numero degli altri casi.

Camera. *La tintura di iodio nel trattamento degli ascessi freddi tubercolari.* — Nei processi tubercolari, che dànno luogo ad estese erosioni e ad ampie raccolte purulenti, che hanno resistito a diversi tentativi di iniezioni locali modificatrici, l'intervento chirurgico s'impone.

La tintura di iodio, per la specificità del iodio contro il bacillo di Koch, per la sua grande penetrabilità, per la sua azione igroscopica e sclerosante, viene consigliata dall'A. come uno dei mezzi migliori per ottenere la guarigione del focolaio per prima intenzione, evitando così il pericolo che residuino dei tragitti fistolosi interminabili ed esaurienti.

Ecco il procedimanto da lui seguito: disinfezione accurata della pelle con tintura di iodio, apertura della raccolta e suo svuotamento, asportazione od energico scucchiaiamento della membrana piogenica e scovolamento con tintura; identico trattamento di eventuali tragitti fistolosi, e se le condizioni lo indicano e lo permettono, asportazione del focolaio d'origine. Nuova toelette alla tintura di iodio e chiusura completa della ferita.

L'A. ha applicato questo procedimento nella Clinica del prof. D. Bajardi in quattro ascessi lomboiliaci, in un ascesso retromammario da carie costale, in un ascesso della fossa iliaca esterna da carie dell'ileo, in un ascesso del dorso, da tubercolosi dell'ultima articolazione costo-vertebrale, in un empiema del ginocchio accompagnato da due ascessi periarticolari, in un empiema della articolazione del piede. Ha sempre avuto guarigione *per primam* degli ammalati, e nel caso della tubercolosi del ginocchio, ha potuto con esito felice, nella stessa seduta e nello stesso campo operatorio, eseguire un trapianto di tendini.

All'intervento chirurgico fa seguire una cura generale alla Durante, e una cura di iniezioni ricostituenti. PIETRO SISTO.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 16 dicembre 1912.

Maccabruni F. *Metaplasia dell'epitelio di rivestimento di un cistoma ovarico.* — All'esame istologico di una cisti papillomatosa l'A. ha trovato due sorta di elementi a costituire il rivestimento epiteliale delle vegetazioni papillomatose: cellule cilindriche ciliate ed elementi di dimensioni assai più grandi, di forma sferica, i quali sono provvisti di protoplasma abbondante, circoscritto da una membrana assai evidente, all'esterno della quale trovansi disposte a raggiera delle piccole cilia brevi, tozze, assai evidenti.

Fra l'uno e l'altro tipo cellulare l'A. ha osservato una serie graduale e ininterrotta di forme di passaggio, cosicchè riesce sommamente facile, nei suoi preparati, di seguire in tutti gli stadî la trasformazione delle cellule epiteliali cilindriche negli elementi di forma globosa.

Escluso che quest'ultimi rappresentino prodotti di degenerazione delle cellule cilindriche, esclusa la formazione di ovuli primordiali nel senso dell'Acconci, esclusa ancora una precedente coesistenza delle due specie di elementi nella cisti, dimostrato inesistente un fenomeno secretorio, l'A. conclude per una vera e propria metaplasia epiteliale dai comuni elementi cilindrici a cellule di caratteri affatto differenti.

Perussia F. *Contributo semeiologico alla radiografia dello stomaco. Incontinenxa pilorica e stasi gastrica coesistenti.* — L'O., in base a diversi casi osservati, di cui presenta radiografie dell'apparato gastro-enterico, mette in evidenza la possibilità del coesistere di fatti di incontinenza pilolorica con fatti di stasi gastrica. Le cause principali, che possono determinare tale complesso sintomatico, sono: la presenza di un tumore dello stomaco, la presenza di una stenosi duodenale ed il coesistere di uno stato di anacloridria con una atonia dello stomaco.

Discusse queste condizioni di cose, l'O. fa rilevare la possibile importanza diagnostica del complesso sintomatico da lui descritto, specialmente in alcuni casi latenti di tumore dello stomaco.

Seduta del 3 gennaio 1913.

Melocchi F. *Tecnica dell'esame retto-sigmoidoscopico.* — L'O. presentato un tipo di retto-sigmoidoscopio, al quale egli apportò alcune utili modificazioni, fa risaltare la grande importanza pratica dell' esame retto-romanoscopico, che si augura venga anche da noi in Italia, come già all'estero, sempre più impiegato e diffuso. Correda il suo dire con dimostrazione di tavole, in cui sono raffigurati parecchi reperti retto-sigmoidoscopici di malattie delle ultime porzioni del tubo intestinale.

Bassetta A. *Sulla malattia di Schlatter.* — L'A., riassunto per sommi capi, lo stato attuale della questione nella malattia di Schlatter, illustra un caso presentatosi alla Clinica ortopedica di Milano.

Dallo studio di esso, dal confronto con un caso di vera frattura della tuberosità anteriore tibiale, e dalla critica dei vari elementi diagnostici — sintomi, esame clinico, esame radiografico, reperto operatorio, decorso ed esito — è indotto a negare, nella malattia di Schlatter, la presenza di una frattura parziale o completa della tuberosità anteriore tibiale, ma a riconoscere i segni di un processo infiammatorio epifisario lento, cronico, che si esalta in un focolaio di ossificazione per i cimenti funzionali esagerati della trazione e del carico.

Macchi A. *La sieroreazione di Wassermann nelle applicazioni alla clinica ed alla anatomia patologica.* — L'A., basandosi sopra 262 osservazioni istituite parte sull'ammalato, parte sul cadavere, fa rilevare come la principale causa di errore per la sierodiagnosi di Wassermann dipenda dall'uso di sieri non freschi o comunque alterati. In esperienze di controllo eseguite inquinando con vari ceppi di culture batteriche sieri normali per i quali la prova di Wassermann era riuscita in precedenza negativa, più volte ha ottenuta l'inibizione dell'emolisi in modo anche completo.

Rileva ancora come la R. W. praticata sopra altri liquidi dell'organismo (liquido cefalo-rachidiano, essudati e trasudati) dia per lo più risultati negativi.

Ritiene che tutte le modificazioni e semplificazioni proposte al metodo W. originale non corrispondono alle esigenze pratiche, potendosi con esse ottenere risultati talora erronei; e conchiude che la sieroreazione per la sifilide eseguita col metodo Wassermann originale, ha l'alto valore di tutti i metodi sierologici sul vivo, e che pari importanza debba avere nell'applicazione anatomo-patologica quando sia eseguita con siero possibilmente limpido e fresco, del quale sia constatata la sterilità con osservazioni batteriologiche. Come per tutte le prove sierodiagnostiche la reazione ha valore se nettamente positiva; le inibizioni incomplete possono valere solo se appoggiate da altri sintomi clinici o da altri rilievi anatomo-patologici.

Feruglio A. *Esoftalmo pulsante da aneurisma artero-venoso traumatico.* — L'O. presenta un caso di esoftalmo pulsante in un bambino di cinque anni, prodotto dalla punta di un bidente che, penetrato nel 3° interno della palpebra inferiore, ha percorso l'angolo inferiore interno dell'orbita e oltrepassata la parte interna della fessura sfenoidale, ha prodotto la rottura della carotide interna nel seno cavernoso e dato luogo alla formazione di un aneurisma artero-venoso.

Nel soggetto, oltre ai sintomi cardinali dello aneurisma, si osservano fenomeni cerebrali abbastanza importanti e paralisi dei muscoli estrinseci dell'occhio, che si va di mano in mano estendendo anche ai muscoli intrinseci: negli ultimi giorni sono anche comparsi sintomi di compressione alla branca oftalmica del trigemino, come appare dalla ipoestesia della cornea e della congiuntiva.

La funzione visiva non è lesa neppure in minima parte, ma nel fondo dell'occhio si rileva un sintomo di grandissima importanza diagnostica, cioè l'esistenza nelle grosse vene della retina di una pulsazione di ritorno sincroma al polso arterioso. L'importanza di questo sintomo risiede anche nel fatto che l'A. non è riuscito finora a trovarne cenno nella letteratura.

Giannone A. *Sulla partecipazione delle plasmacellule ai processi patologici nel campo della otorino-laringologia.* — L'O. si diffonde specialmente sui processi regressivi ai quali vanno incontro le plasmacellule e dimostra in molti preparati come uno di questi processsi finisca per dar luogo ai così detti corpi di Rüssel, togliendo quindi ogni importanza all'ipotesi di Sanfelice, che questi corpi corrispondano a stadî degenerativi dei blastomiceti. C.-B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

A proposito di disturbi subiettivi della faringe.

Nella rubrica dei lavori originali del fascicolo 48 di questo periodico il prof. Mancioli, in una sua memoria, pone sotto l'attenzione dei colleghi un gruppo di disturbi subiettivi della faringe, i quali, confusi comunemente nel capitolo delle parestesie, avrebbero, secondo lui, un'origine ben differente. Cinque anni or sono, quando frequentavo la Clinica otorinalaringoiatrica di Roma, il prof. Mancioli, nelle visite di ambulatorio, mi aveva già manifestato il dubbio che certi disturbi di gola in malati, a faringe normale e senza turbe nervose, dipendessero da varicosità della base della lingua, le quali per numero e volume non sfuggivano all'osservazione in un primo esame laringeo. E nel mio esercizio pratico della specialità, sino ad oggi, ebbi campo di osservare molti casi identici. In genere gli ammalati hanno un'età non più giovane e molto spesso sono artritici, presentano varicosità alle safene e soffrono di emorroidi. Il dolore a volte sopravviene improvvisamente ed è localizzato o a destra o a sinistra, a volte scompare ben presto o permane a lungo, producendo al paziente un forte senso di malinconia. È trafittivo e di frequente si irradia all'orecchio corrispondente, al collo ed alla spalla. L'asportazione dell'ugola, o della tonsilla linguale qualche volta ipertrofica, la cauterizzazione di eventuali follicoli della parete posteriore della faringe, le spennellature coi medicamenti più indicati, spesso non valgono a portare sollievo al malato. Vedendo inutile ogni cura, anche suggestiva, qualche volta, non dimenticando il suggerimento del prof. Mancioli, tentai di cauterizzare, ad una o più riprese, alcune varicosità della base della lingua. Due dei pazienti ritornarono dicendomi di essere molto migliorati, gli altri, come al solito di quelli che guariscono, non si fecero più vedere. Io suppongo quindi che i loro disturbi siano passati. Però io non ho dato molto peso alla cosa e non avrei più ripensato ai miei ammalati, se la pubblicazione del Mancioli non avesse richiamata la mia attenzione sull'argomento. Ed essendomi ultimamente capitati dei casi che, secondo me, starebbero a dimostrare sempre più l'origine, diremo così, vasale di certi disturbi della faringe, ho creduto opportuno riferirli succintamente ed è questo lo scopo di questa breve memoria.

Nel primo caso si tratta di un uomo di 34 anni il quale, un giorno, sulla fine del pranzo senti l'improvvisa sensazione di corpo estraneo, che, fermatosi a destra in gola, non scomparve coi movimenti della deglutizione. Dopo qualche minuto questa sensazione andò trasformandosi in vero dolore trafittivo, trasmettentesi anche all'orecchio di destra. Dopo mezz'ora, piuttosto penosa, il paziente si sentì la bocca piena di liquido che, sputato, constatò con molto spavento essere sangue piuttosto nerastro. Ne emise la quantità di un cucchiaio; dopo, salvo l'emettere qualche sputo striato, il sangue cessò.

Persistendo ancora il dolore il paziente venne subito da me per una visita. All'esame della faringe trovo un arrossamento diffuso di tutte le fauci e della parete posteriore, e nel punto dove è localizzato il dolore, cioè in corrispondenza del pilastro posteriore di destra, non rilevo nulla di anormale. Rivolgendo un accurato esame collo specchietto laringeo alla base della lingua, osservo un discreto numero di vene ectasiche, in alcuni punti gozzute.

Proprio vicino alla base del pilastro posteriore si vede un lievissimo gemizio di sangue localizzato sopra una piccola vena, indizio di rottura delle sue pareti. Non feci al momento nessuna cura. Dopo due giorni scomparvero il dolore ed il rossore alla gola ed il malato non ebbe più alcun disturbo.

Nel secondo caso il soggetto è una signora da me curata qualche mese fa per un disturbo di gola che la molestava già da diverso tempo. Essa da circa due mesi accusava forte dolore di gola, più accentuato a destra, a recrudescenze saltuarie. Di più, ogni tanto, senza sforzo di tosse, emetteva una certa quantità di sangue piuttosto nerastro, dalla bocca, sangue che, a suo parere, scaturiva dalle fauci, proprio in corrispondenza al punto doloroso, e cioè verso la base del pilastro posteriore di destra. E fu appunto il ripetersi di queste lievi emorragie, che la decisero a venire nel mio studio. All'esame obiettivo della faringe, salvo qualche follicolo ipertrofico della parete posteriore, io non riscontrai nulla di anormale. Anche in laringe non trovai nessun fatto infiammatorio, nè lesione di continuità. Mi limitai alla cauterizzazione dei follicoli ipertrofici, e le prescrissi qualche polverizzazione calmante ed astringente. Dopo qualche giorno la signora ritornò alle condizioni identiche di prima. In un esame più accurato della faringe, non riscontrando nessuna lesione da far sospettare un'emorragia, dubitai che il sangue piuttosto nerastro emesso dalla paziente venisse dalla rottura di qualche piccola vena ectasica della base della

lingua, dove se ne osservavano una certa quantità. A diverse riprese le cauterizzai e, con mia sorpresa, la signora non emise più sangue, e di più, i dolori dopo un certo tempo scomparvero.

Con questo breve cenno io ho inteso sottoporre all'attenzione dei colleghi la presenza di certi disturbi di faringe, molto simili alle parestesie, in individui che offrono in gola difetti di circolo refluo.

Ed il fatto di avere potuto osservare indubitate emorragie venose, precedute molto tempo prima e seguite da dololori trafittivi, mi induce nel sospetto che realmente esistono rapporti diretti fra le une e gli altri. Nel primo caso il dolore era certamente dovuto alla rottura della vena, che, per una facile occorrenza, io ho anche potuto constatare. Ma come spiegare il dolore puntorio, così vivo, insorto mezz'ora prima? quel dolore di cui molti si lamentano senza però emorragie? E la cessazione del sangue e dei dolori nel secondo caso dopo diverse cauterizzazioni come può essere spiegata se non si mettono in relazione questi fatti colla presenza delle varicosità di vene sulla base della lingua? L'argomento è interessante ed è merito del professore Mancioli di averlo, per primo, esposto.

Il controllo di una larga esperienza clinica porterà certemente maggiore luce su questo nuovo campo di vedute, e sono lieto di aver anch'io contribuito a tenerne desta l'attenzione dei colleghi.

Dott. CESARE RUSCONI.

CASISTICA.

Una sindrome pontino-bulbare dopo l'eresipela.

Numerose e note sono le successioni morbose a carico del sistema nervoso centrale in seguito a malattie infettive come la malaria, il tifo, l'influenza, la sifilide. Circa l'eresipela sono descritte concordemente da tutti gli AA. le successioni morbose provocate dallo streptococco che passa in circolo o si localizza nelle ghiandole o negli organi interni, ma scarsissima è invece la letteratura per quel che riguarda le *malattie nervose quali successioni dell'eresipela stessa.*

Il prof. Marchiafava (Comunicazione alla Società Lancisiana, 1912 « Rivista Ospedaliera », 1912, n. 5), illustra un caso di una bambina che, dopo la guarigione clinica d'una eresipela gravissima della faccia, presentò oftalmoplegia con protrusione dei bulbi oculari, diplegia faciale, disartria disfagia, debolezza masticatoria, debolezza muscolare, atassia, astenia.

Tale sindrome, osservata a distanza di un mese dalla guarigione del processo eresipelatoso, si presentava migliorata già dopo 12 giorni; migliorata la deglutizione, scomparsa la ptosi palpeterale sinistra. Dopo un mese la bambina si reggeva in piedi sola, camminava lentamente mostrandosi debole e stancandosi presto: avevano ripreso la loro funzione i muscoli degli occhi e della faccia, la voce aveva suono normale, scomparsa la disfagia. Dopo 3 mesi dalla malattia l'esame della bambina rivelava una completa guarigione che ancora si mantiene.

L'A. pensa che si sia trattato di una lesione pontino bulbare dorsale, di quella zona cioè in cui sono scaglionati i nuclei dei nervi cerebrali affetti (oculomotore, trigemino, faciale, vago, glossofaringeo-ipoglosso).

La durata relativamente lunga della sindrome nervosa indurrebbe a pensare che questa abbia avuto per fondamento un processo flogistico prevalentemente nel ponte e nel midollo allungato (*encephalitis superior* e *inferior*). L'esito in guarigione non contrasta con tale ipotesi: Oppenhein e Cassirer citano parecchi casi di sindromi encefalitiche, di varia localizzazione, in soggetti giovani, dopo malattie infettive, con esito fausto, dopo una lunga durata della malattia: si tratta in questi casi di alterazioni riparabili (iperemia, edema, emorragie puntiformi, infiltrazioni flogistiche), le quali risolvono senza aver provocato alterazioni regressive profonde degli elementi nervosi specialmente nelle cellule dei nuclei dei nervi cerebrali.

Chè d'altra parte talora, sebbene più rare, si trovano sindromi anche più fugaci, quali conseguenze tossiche di malattie infettive come dell'influenza. Così l'A. ricorda il caso di un signore neuropatico di media età, il quale si ammalò d'influenza catarrale.

Alla 6ª giornata di malattia sopravviene un attacco convulsivo isteriforme, al quale seguono anartria e disfagia. L'infermo comprende tutto ciò che gli si dice, risponde con la scrittura e non ha paralisi alcuna di senso e di moto nel resto del corpo. La lingua è immobile, le labbra non possono essere atteggiate alla pronunzia di qualsiasi parola, la deglutizione assai stentata; temperatura 39°, polso frequente 110-120. Il giorno seguente miglioramento, deglutizione facile, movimenti della lingua possibili, le parole sono pronunziate con voce nasale e a stento, dopo pochi giorni guarigione completa. In questo caso l'intossicazione influenzale probabilmente è stata la causa della sindrome bulbare, paralizzando per brevissimo tempo i centri di alcuni soltanto dei nervi cerebrali.

t. p.

I piccoli segni dell'emiplegia organica. Il fenomeno delle dita (sintoma di Gordon). Adduzione sincinetica del braccio malato (sintoma di W. Sterling).

È noto come esistano nelle emiplegie organiche alcuni sintomi, rilevabili con speciali artifici d'indagine, detti piccoli segni dell'emiplegia. Se questi hanno impostanza relativa nelle gravi emiplegie, quando cioè esistono le note caratteristiche ed imponenti dell' affezione, possono avere uno speciale valore quando si tratti di mettere in luce una emiparesi lieve, e soprattutto devono essere ricercati nei dubbi diagnostici fra emiplegia funzionale ed emiplegia organica, di origine cerebrale.

Fra i molti, che pazienti ricercatori hanno messo in luce, vogliamo riferire sopra due sintomi che recentemente furono portati a conoscenza degli studiosi.

Gordon di Filadelfia fin dal novembre del 1911 ha richiamato l'attenzione sopra un fenomeno, al quale egli diede il nome di « fenomeno delle dita ». Può essere messo luce nel seguente modo: l'avambraccio dell'arto paralizzato è sollevato e il gomito è appoggiato sopra una tavola (l'appoggio del gomito non è assolutamente necessario). La mano del ricercatore abbraccia il polso dell'emiplegico e ne appoggia il pollice sull'osso pisiforme, mentre le altre dita sono applicate sulla faccia dorsale del polso. Così posta la mano dell'osservatore, questi comincia a comprimere la faccia dorsale del polso, in corrispondenza dei muscoli estensori. Allora si possono osservare i seguenti fenomeni: le dita si alzano, si estendono e qualche volta prendono una disposizione a ventaglio. In qualche caso sono soltanto le due ultime dita che si estendono, in altri è il pollice, l'indice e il medio, o anche l'indice e il medio. Talora il fenomeno si produce con maggior chiarezza e rapidità quando l'anulare venga antecedentemente sollevato e mantenuto, durante l'esperienza, nella posizione di semiestensione.

Questo sintomo è stato dal Gordon riscontrato in cinquantacinque casi fra emiplegici e monoplegici, mai nelle emiplegie di natura isterica, nè lo si può ottenere negli emiplegici di vecchia data con arti in contrattura.

W. Sterling di Varsavia ha messo in luce un altro sintomo che si riscontra nelle emiplegie organiche. Questo sintomo si può ottenere nella maniera seguente: si fa stare il malato coricato sul dorso e gli si mettono gli arti superiori in posizione di abduzione forzata. S'invita quindi il paziente a compiere l'adduzione attiva con il braccio sano, e contemporaneamente si guarda quello che succede nell'arto malato. Generalmente si ha un movimento di adduzione anche nell'arto malato, movimento che può essere completo od anche limitarsi alla semplice contrazione delle fibre del pettorale, appena constatabile con la palpazione. L'autore ha preso in esame 25 casi ed ha riscontrato il fenomeno più o meno manifestamente quasi in tutti. Non si ottiene nelle paralisi complete, meglio nelle paresi. Si può rendere più evidente il fenomeno opponendosi all'adduzione che fa il braccio sano.

SAB.

TERAPIA.

Il metodo Zeller.

Il dott. Schuch di Vienna ha voluto conoscere davvicino quale fosse la tecnica adottata da Zeller per la cura medica del cancro. Di proposito egli si è recato a Wilhelm. a. d. Teck, il villaggio ove lo Zeller risiede; ha seguito a lungo l'andamento della cura in molti pazienti; infine ha consegnato le sue osservazioni in una interessante memoria (*Wien. mediz. Wochenschr.*; v. *Boll d. Clin.* febbr. 1913). Siccome dalla precisione della tecnica dipende il successo della cura, i medici i quali intendessero di applicare il metodo vorranno apprenderne i dettagli; perciò riteniamo utile di raccoglierli, condensarli e riordinarli.

***

Premettiamo che il dott. Schuch è rimasto molto favorevolmente impressionato dai risultati che lo Zeller ottiene.

Egli trova che la pasta arsenicale da questi adoperata dimostra un'*elettività* rimarchevole pei tessuti cancerosi. Ricorda in proposito che i vecchi chirurghi francesi definivano con felice espressione le paste arsenicali « caustici intelligenti ». Ritiene che l'applicazione dell'arsenico per la distruzione dei cancri cutanei risalga agli antichi egiziani. Quest'uso sarebbe stato ravvivato di tanto in tanto: ne parlano Avicenna, Falloppio, ecc.

Quanto al silicio, era già sperimentato per la cura del cancro una sessantina di anni or sono a Vienna, da un omonimo del dott. Schuch, il quale ne apprese l'uso da un canceroso. Questo infermo aveva avuto prescritto il rimedio (in forma di acido silicico o silicina) da un medico omeopatico. Un altro medico aveva continuata la somministrazione, elevando molto le dosi; altrettanto fece anche il dottor Schuch seniore. Il paziente guarì. Un altro successo miracoloso ottenne il dottor Schuch seniore; ma in molti altri casi invece il rimedio fallì (alle dosi di 2-3 gr. *pro die*).

Benedict volle sincerarsi sperimentalmente dell'efficacia del silicio e trovò che questo, allo stato

colloidale, è realmente in grado di far riassorbire il cancro innestato ai topi, mentre gli animali di controllo muoiono; ma riconobbe che il prodotto si dimostra molto capriccioso nella sua azione.

Merito precipuo dello Zeller è stato quello di aver associate le due cure e precisata la tecnica.

* * *

Le formole usate dallo Zeller sono già state riportate alle pagine 161 e 162 di questo giornale.

Nessuna difficoltà s'incontra nella somministrazione del preparato silicico, il quale va preso dopo i pasti, due volte al giorno (alla dose di mezzo grammo ogni volta). Non provoca nessun disturbo; solo qualche volta rende le feci poltacee.

La pasta arsenicale viene allestita dallo Zeller in modo semplicissimo: in una tazzina di porcellana egli versa gl'ingredienti in polvere e vi aggrega un po' d'acqua, rimestando con un bastoncino di vetro; ottiene così una pasta densa. Il *cinnabarsana*, da lui posto in commercio, è una pomata compatta, di color rosso-cioccolato, la quale contiene glicerina e molto carbone. Si può fare a meno dal ricorrervi.

Sulla *cute* la pasta arsenicale viene distesa in uno strato spesso, per mezzo di un pennello. Se ne ricoprono i tessuti da distruggere e quelli immediatamente contigui.

Se la lesione è poco estesa, si fa seccare e si ricopre con collodio; altrimenti si ricopre con garza idrofila a più strati e con leucoplast.

Sulle *mucose* la pasta viene applicata allo stesso modo, a meno che non si tratti della lingua, alla quale difficilmente essa aderisce. Sulla lingua lo Zeller trova preferibile di frizionarla col dito.

Pei cancri della *cavità orale* è da evitare il rischio di un'intossicazione da arsenico, ma vi si riesce facilmente. - Dopo ogni medicazione il malato resta per tre ore senza prendere cibi nè bevande.

Pei cancri della *vagina* e del *retto* conviene avvalersi di uno specolo a valva.

Sull'*utero* l'A. non ha avuto occasione di veder applicare il trattamento; ma il dott. Paillard, il quale assiste con molta valentia lo Zeller, gli ha descritta la tecnica. Quando è interessata la *portio*, si esegue la solita pennellazione ovvero un tamponamento alla pasta arsenicale; quando è interessato il *corpus*, diviene necessario di penetrare nella cavità uterina, procedendo con molta cautela per evitare una perforazione.

Contro il *dolore* prodotto dalla pasta arsenicale lo Zeller prescrive il piramidone e qualche volta la morfina, ovvero scioglie la fasciatura ed applica un unguento analgesizzante.

Gl'*intervalli tra una medicazione e l'altra* variano in ragione inversa del tempo durante il quale ciascuna di esse agisce; in altri termini, se la medicazione non può restare a lungo *in situ*, va rinnovata più spesso.

Ad es. per la cute ed il seno basta ripeterla ogni una o due settimane; per il retto se ne richiede almeno una ogni settimana; per la *portio* da una a tre per settimana, secondo l'abbondanza delle secrezioni e delle emorragie; nella bocca la medicazione va eseguita da 3 a 4 volte per settimana.

La *durata del trattamento* varia. Pei cancroidi cutanei poco estesi possono bastare 1-2 applicazioni, le quali portano alla guarigione in 3-4 settimane; nei cancri del seno, della vulva, della *portio* iniziali, può ottenersi la guarigione in due mesi; ordinariamente però si richiede un tempo molto maggiore, anche di un anno e più.

La somministrazione del silicio va protratta a lungo dopo la guarigione, anche per un anno.

Durante il trattamento sono da escludere i cibi e le bevande acide.

Non si sono mai prodotte intossicazioni arsenico-mercuriali; ma è bene stare in guardia.

* * *

Lo Zeller non ricorre alla sua cura nei pazienti il cui cuore è molto compromesso (aritmia, ipotensione, ecc.).

Egli teme l'ulcerazione e la necrosi, perchè darebbero origine ad auto-intossicazione da riassorbimento di ptomaine. Perciò se la cute è intatta preferisce di non applicare la pasta arsenicale così da non ulcerare la cute; si limita alla somministrazione del silicio, salvo che il cancro non sia già prossimo ad ulcerarsi.

Prima di procedere all'applicazione della pasta arsenicale suole praticare un'escissione esplorativa; conserva il pezzo in formaldeide e lo manda ad esaminare presso un laboratorio microscopico, così da avere il controllo della diagnosi biopsica.

I migliori risultati si ottengono nei cancri cutanei e del seno.

Anche i cancri delle mucose reagiscono quasi sempre favorevolmente alla cura, talvolta in modo sorprendente; ma l'A. *dichiara di non avere osservato neppure una guarigione « completa » di cancri delle mucose*. I cancri del retto e dell'utero veduti dall'A. non presentavano *nessuna reazione* ma Zeller ha ottenuto due guarigioni di cancri della *portio*, controllate da Czerny.

Lo stato generale dei pazienti migliora in modo notevole, anche se non si produce la guarigione.

L'A. riporta alcune storie cliniche. Una tra le altre riguarda un cancro enorme del seno, con numerose metastasi. L'affezione principale scomparve del tutto; persistevano alcune metastasi, ma

il dott. Marwedel, che vide la paziente prima e dopo, ebbe a dichiarare: « il risultato è stupefacente... quale con nessun altro metodo si sarebbe potuto ottenere... La paziente ha l'aspetto di persona sana ».

***

L'A. confessa che lo Zeller preferisce di trattare i pazienti non operati, perchè ritiene che l'operazione dissemini le cellule cancerose per le vie sanguigne e linfatiche e diffonda la malattia, rendendo più difficile la cura. Piuttosto che consigliare l'intervento chirurgico egli si affida al silicio, nelle forme non avanzate ed operabili.

Ma il dott. Schuch sconsiglia i medici dal seguire l'esempio finchè le guarigioni non siano state molto più numerose e controllate e bene assodate.

Ritiene invece che convenga ricorrere alla cura medica di Zeller nei seguenti casi:

1° pei cancri cutanei relativamente benigni;

2° pei cancri del tutto iniziali e senza metastasi, quando l'operazione può a rigore essere rimandata alquanto;

3° pei cancri inoperabili, quando l'operazione non farebbe che aggravare lo stato del paziente ed accelerare il decorso del male; naturalmente in questi casi si ricorrerà al solo silicio se la lesione è inaccessibile, al metodo combinato se la lesione è accessibile;

4° nei casi indiziarii, magari con reazione di Freund e di Caminer positiva, a titolo di saggio;

5° come profilattico, negli individui minacciati dal cancro (in queste due ultime indicazioni naturalmente verrebbe somministrato soltanto il silicio);

6° come profilattico, consecutivamente all'operazione chirurgica e per garantirne il successo, come si pratica coi raggi X, coi raggi Becquerel, con la fulgorazione, ecc.

Gli altri metodi medici e fisici, come i raggi X, non escludono la cura alla Zeller.

Nella pratica rurale, in cui la possibilità degli interventi strumentali è molto ridotta, le indicazioni di questa cura sarebbero molto frequenti.

***

L'A. fa noto che il dott. Zeller, con la pertinacia che lo distingue, ha in corso nuove ricerche mediante preparati per uso interno, i quali lo avrebbero condotto a risultati incoraggianti.

Secondo lo Zeller, non è lontano il giorno in cui il cancro potrà essere vinto con le sole cure interne.

VERNEY.

IGIENE

L'igiene del puerperio.

Abbandonati ormai i vecchi metodi di arredamento delle stanze delle puerpere coll'abolizione di ricchi e chiusi tendaggi, col lasciar entrare aria e luce, con l'uso di coperture del letto non più eccessive, allo scopo di far sudare abbondantemente, ma convenienti alla stagione, l'odierna igiene puerperale non tende più a far soffrire la fame alle puerpere e concede loro ben più che le vecchie pappe, come per il passato facevasi allo scopo di scongiurare lo scoppio della febbre puerperale!

Le odierne accurate indagini hanno dimostrato nelle puerpere un sensibile *deficit* nel bilancio dell'albumina e una contemporanea diminuzione di peso: occorre dunque ripararvi e, coadiuvati in ciò dall'appetito che di regola si sviluppa nelle puerpere, si può fin dai primi giorni concedere loro cibo conveniente, digeribile e sufficiente: secondo il Seitz di Erlangen (*Deutsche Med. Woch.*, n. 38, 1912), che in una conferenza clinica ha brillantemente riassunto l'igiene del puerperio, fin dal *primo giorno* si può somministrare alla puerpera sana del cibo solido in forma facilmente digeribile: dovrà ciò evitarsi invece dopo parti laboriosi e quando sopratutto manchi l'appetito, nei quali casi occorre più che altro calmare la sete piuttosto viva con latte, zuppa, limonate ed anche birra per quelle puerpere che vi sieno avvezze.

Bisogna tener conto, nella scelta dei cibi, dei *gusti* e delle *abitudini* della puerpera: le contadine certo sprezzerebbero una dieta di carne, uova e latte, avvezze come sono ad una nutrizione con prevalenza d'idrati di carbonio. Non vi è uno speciale bisogno di preparati di albumine artificiali (somatose, maltotropon, sanatogen, ovomaltina, ecc.), specialmente se vi è buon appetito e cibo sufficiente. Dalla dieta del resto può dipendere anche la capacità all'allattamento materno che in questi ultimi anni è molto più facilmente accettato che non un decennio fa.

Tutte le madri, salvo scarse eccezioni, sono in grado di allattare il proprio bambino: così l'esperienza concorde degli Istituti ostetrici. Controindicazioni *serie* possono essere un'assoluta malformazione dei capezzoli (capezzolo ombelicato), la tubercolosi, la grave infezione puerperale e forse la sifilide: non è lecito esentare dall'allattamento le donne momentaneamente anemiche per grave emorragia sofferta nel parto, o le nevrasteniche o le affette da debolezza generale.

Tutt'al più si può discutere se la donna sia capace di continuare l'allattamento nelle *settimane*

successive ai primi 10-14 giorni di puerperio. È molto difficile giudicare *a priori* di tale capacità: è certo che, *ceteris paribus*, un petto bene sviluppato garantirà per un miglior allattamento che non uno piccolo e male sviluppato; sebbene anche questo concetto sia spesso fallace. È innegabile peraltro che vi son donne gracili, nevropatiche, nelle quali l'allattamento, nonostante la migliore volontà e le più assidue cure, non è sopportato e, se vi persistono, presentano gravi disturbi nervosi, dolori alle spalle, ai lombi, progressiva diminuzione della produzione lattea e insufficienza di questa dimostrata dal deperimento del bambino, anche se l'allattamento venga coadiuvato con la somministrazione di altro latte (di vacca p. es.). Ma queste difficoltà insorgono di solito non prima di 4-5 settimane dal parto.

Gli ostacoli si presentano numerosi già nei primi giorni: il bimbo sugge poco, o male, o nulla affatto, il petto non produce latte, il capezzolo è escoriato e dolente. E qui occorre *molta pazienza*, specialmente nelle primipare, con ripetuti tentativi di allattamento, con l'uso di pompette (tiralatte) aspiratrici, di copricapezzoli, di ventose a seconda dei casi e degli ostacoli. Non possediamo alcun vero *lattagogo* e quelli che godono tal fama la debbono al loro valore nutritivo concentrato: il miglior lattagogo è lo stimolo dato dalla regolare suzione, tanto che il Budin disse che per tal modo si può ottenere la quantità di latte che si vuole! Circa le lesioni del capezzolo si può ricorrere utilmente, oltre all'uso del copricapezzolo, al balsamo del Perù, alla glicerina e soprattutto a compresse bagnate con creta all'acido acetico o alcool.

Si deve pure badare nei primi giorni di puerperio ad una completa *tranquillità* della puerpera, a proibire le *visite* che stancano e producono poi un molesto stato di irritazione.

Importante è pure la regolarizzazione delle *funzioni intestinali*. Il riposo in letto, il rilasciamento delle pareti intestinali, il cibo poco compatto predispongono alla stipsi. Occorre svuotare l'intestino fin dal 2°-3° giorno o con clistere o meglio ancora col vecchio, ma sempre stimabile *olio di ricino*, ricorrendo ai salini solo per ripiego nel caso di assoluta repugnanza; in ogni caso si deve sempre dar l'olio di ricino quando insorga febbre verso il 4°-5° giorno, giacchè spesso questa è dovuta ad assorbimento di tossine intestinali; e non devesi trascurare il possibile ristagno dei lochî il cui deflusso può venir appunto ostacolato dall'accumulo delle masse fecali.

Una grande modificazione d'idee è sorta in questi ultimi anni circa *il riposo e la degenza in letto della puerpera*. Dopo una vivace discussione tra i fautori del vecchio dogma, che la puerpera dovesse serbare nei primi giorni l'assoluto riposo orizzontale, evitare ogni movimento, ogni sforzo e stare in letto più a lungo possibile, e i sotenitori della nuova teoria, specialmente perorata dal Küstner, della innocuità, anzi dell'utilità di precoci movimenti e dell'alzarsi fin dai primi giorni, si è giunti ad un periodo di calma, conciliando le due così opposte vedute.

Attualmente si sogliono permettere alla donna moderati movimenti del corpo fin dai primi giorni del puerperio, il sedersi sul letto e perfino il levarsi di letto allo scopo di affrettare e favorire l'involuzione degli organi genitali e di combattere il rilasciamento delle pareti addominali. In tal modo si evita quasi sempre l'uso di ripetuti cateterismi (sorgente non rara di noiose cistiti), la possibile ptosi del fegato, del rene, dell'intestino, la disposizione alla stipsi cronica e si provvede pure al lato estetico non trascurabile e giustamente preteso dalla giovane donna. A quest'ultimo scopo è opportuno anche associare mezzi protettivi diretti (ventriera durante la gravidanza; fascia di tela o, se sopportabili, anche strisce di cerotto, nel puerperio). Sono pure utili alcuni esercizi muscolari da farsi in letto nei primi giorni di puerperio; p. es. sollevarsi lentamente a sedere sul letto, senza l'appoggio delle braccia che debbono restare incrociate sul petto, e tornare lentamente alla giacitura orizzontale. Questo esercizio ripetuto 10-20 volte di seguito, 3 volte al giorno, restituisce il tono ai muscoli delle pareti addominali, salvo poche eccezioni, e contribuisce così all'eliminazione degli inconvenienti sopra menzionati.

Secondo i partigiani dei movimenti attivi e del precoce alzarsi queste misure sarebbero importanti anche per la *profilassi della trombosi ed embolia puerperali*. Circa l'origine della trombosi vi sono, come è noto, due teorie: la infettiva e la meccanica. I sostenitori dell'origine meccanica trovano il loro appoggio e la conferma terapeutica in più di 5000 osservazioni (Aschoff, Krönig, Zurhelle ed altri) di puerpere levatesi precocemente in cui non è avvenuto un sol caso di embolia polmonare. Non si può negare poi che le piccole ipertermie in puerperio sono meno frequenti appunto nelle donne che lasciarono precocemente il letto.

Si è sperato anche di ottenere con questo metodo ginnastico una *profilassi dei prolassi genitali*. Sebbene a questo riguardo i risultati non sieno tutti concordi nè sempre convincenti, pure non si può negare che alcuni esercizi (come quello surriferito o altri consigliati dal Thure-Brandt e consistenti, p. es., nell'opporsi che fa l'infermiera al tentativo, da parte della puerpera, di ravvicinare le ginocchia divaricate e rialzate; oppure

nella ripetuta contrazione volontaria dell'elevatore dell'ano e conseguente avvicinamento dei glutei come per impedire una impellente defecazione) rinvigoriscono e ridonano un sufficiente tono al pavimento muscolare pelvico che, se non sia lacerato, si opporrà alla discesa degli organi sessuali prementi su di esso. Non occorre dire che mentre da un lato si consigliano questi opportuni esercizi muscolari, devesi invece vietare alla donna ogni sforzo che tenda ad aumentare la pressione addominale e a vincere quindi la resistenza dell'indebolito elevatore dell'ano, il che non avviene col semplice levarsi di letto, sia pur precoce.

Una sola condizione controindica questa terapia attiva ed è la febbre puerperale. I movimenti attivi e passivi favoriscono la diffusione di processi settici e quindi in tal caso è consigliabile lungo e rigoroso riposo.

U. ROLANDI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(75). *Azione cumulativa della kola.* — Sarei grato se voleste indicarmi se i preparati di noce di kola (tintura, ecc.) abbiano azione cumulativa.

Dott. S.

Le noci di kola (usate sotto forma di tintura o di qualsiasi altro preparato, infuso, ecc.) non hanno azione cumulativa; esse contengono caffeina, teobromina, acido tannico, glucosio, amido, ecc., tutte sostanze che si eliminano, o facilmente dall'organismo sono utilizzate.

P.

(76). *Ricettazione dell'adrenalina.* — Prego indicarmi la ricettazione dell'adrenalina, secondo i vari usi.

A. B.

Il nostro giornale (Sezione pratica) s'è occupato a più riprese di un medicamento tanto in uso nelle malattie più disparate, ed al quale un quarto d'ora di vera celebrità hanno conferito gli studi sulle secrezioni interne.

Per la posologia e modo di somministrazione potrà riscontrare *Policlinico,* Sezione pratica, 1909, n. 47, pag. 1497 e 1911, pag. 1468.

Nei vari articoli poi sulle secrezioni interne, sull'osteomalacia, sulle malattie infettive, potrà trovare particolari maggiori.

P.

N.B. Le domande devono essere firmate.

Su richiesta degli interessati ometteremo il nome nel giornale.

VARIA

Medici cinesi — Sebbene in Cina i medici esistano da più di 5000 anni, nessun regolamento fissa, anche ai nostri giorni, l'esercizio della professione medica.

I medici cinesi non vanno alla scuola ad apprendere la loro arte; ad essi basta un poco di pratica. Chiunque può diventare medico, e non è raro di vedere un individuo incapace scomparire per una quindicina di giorni per ricomparire poi e darsi all'esercizio della medicina.

I medici sono però costretti ad osservare rigorosamente certe regole praticate nel paese e pubblicate nei libri di medicina; mancando a queste, essi si esporrebbero al pericolo di aver la testa mozza.

Il popolo ha delle opinioni molto retrograde sull'influenza dell'ereditarietà dal punto di vista dello sviluppo delle capacità professionali. Per questo, solamente colui che è figlio o nipote di un medico comincia a godere di una certa autorità. La specializzazione, così estesa fra noi, esiste in un grado estremo in Cina. Vi sono dei medici per gli occhi, le orecchie, il petto, ecc., e se un chirurgo è chiamato per estrarre un chiodo dalla gamba d'un ammalato, egli prima leva il chiodo quindi abbandona il malato al medico.

I cinesi praticavano l'inoculazione contro il vaiuolo molto prima che la vaccinazione fosse praticata in Inghilterra.

Per effettuare questa inoculazione il medico cinese fa seccare la crosta che proviene da una pustola di vaiuolo, la riduce in polvere ed in questo stato l'insuffla nel naso; od anche discioglie la polvere nell'acqua e l'inietta allo stato liquido, e ciò fin da 4000 anni avanti Cristo; da più di 3000 anni avanti Cristo essi praticano delle operazioni; da più di 2600 anni avanti Cristo essi dissecano i cadaveri; da più di 2400 anni avanti Cristo essi conoscono il massaggio, e, cosa strana, questo massaggio era praticato presso a poco come oggi da noi.

La terapeutica bizzarra dei cinesi non è tuttavia sprovvista del tutto di base scientifica. Per questo, il cataplasma, sconosciuto ai cinesi, è rimpiazzato da un'anitra vivente che si applica dopo d'averla uccisa. Poichè la temperatura dell'anitra è all'incirca di 5° più elevata di quella del corpo umano, il cinese è con ragione convinto che il risultato desiderato sarà ottenuto con l'applicazione dell'anitra.

Il medico cinese mette volentieri in pratica il proverbio: *similia similibus curantur.* Ad esempio, se è malata la parte superiore del corpo egli impiega i frutti ed i fiori delle varie piante; se è

malata la parte di mezzo egli ricorre alle foglie; infine, per guarire la parte inferiore egli fa uso delle radici. (dalla *Gazz. degli Osped.*).

Metodo giapponese per richiamare alla vita. — Abram dice che il *Kuatsu*, il quale fa parte integrante del *jiu jitsu*, è il metodo al quale i giapponesi ricorrono per richiamare alla vita coloro che sono stati *knocked out*.

Questo metodo si è riconosciuto utile anche in casi d'insolazione, di asfissia per annegamento, per svenimenti, ecc.

Si esegue così: il paziente viene disteso faccia a terra, con le braccia allungate da ciascun lato e l'operatore col pugno percuote rudemente la settima vertebra cervicale con la regolarità di un martello pneumatico. Appena il paziente riacquista la coscienza, viene messo a sedere e si dà alle braccia un movimento rotatorio e si aiuta il paziente a camminare.

Quest'ultimo precetto è ritenuto indispensabile nell'applicazione del *Kuatsu*: il suo obietto è quello di ristabilire completamente le funzioni circolatorie e respiratorie, altrimenti il paziente ricadrà nell'incoscienza.

Secondo l'A. il punto essenziale di questo metodo è lo scuotimento della spina dorsale dalla settima cervicale; e costituisce uno dei mezzi coi quali può ottenersi il riflesso del cuore. Lo istrumento più conveniente, invece del pugno, è un martello pneumatico.

L'autore dichiara di aver avuto occasione di eseguire questa percussione vertebrale in molti casi di malattie infettive acute implicanti il cuore e ne ha notato l'azione quasi miracolosa. (*New York Med. Record*).

L'igiene in Groenlandia. — Ecco come, secondo « l'Histoire génerale des Voyages », citata da *Le Centre Médical*, gli esquimesi comprendono la toelette:

Gli uomini non si lavano mai; però, quando tornano dal mare, si leccano le dita e le strofinano, come i gatti, negli occhi, per addolcire o correggere mediante la saliva l'asprezza dei sali di mare. Le donne si lavano, ma con la propria urina: se ne servono sia per fare crescere i capelli, sia per acquistare un'odore soave e meno forte, senza dubbio, di quello dovuto ai pesci. È la loro acqua d'odore favorita. Quando una giovine se n'è profumata, si dice di essa, *niviarsia-asuarneks*, « sente la vergine ».

(Dal *Paris Médical*).

Pubblicheremo prossimamente:

PUGLISI-ALLEGRA: Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sull'anacloridria nelle affezioni epatiche.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

Scritti medici in omaggio di Augusto Murri. Bologna, tip. Gamberini eParonezza.

« Ad Augusto Murri maestro insigne di clinica medica che rinnova nella forza del pensiero filosofico, nella purezza dello stile e della parola, nella vastità della dottrina, nella meraviglia della didattica, l'antico genio della stirpe nostra nel 25° anno d'insegnamento questo volume la Società medico-chirurgica di Bologna dedica ».

Il volume contiene scritti di ammiratori, di collaboratori, di allievi: non più degnamente che raccogliendo il lavoro di italiche energie, si può onorare un uomo e festeggiare una ricorrenza.

Come multiforme l'attività scientifica di Augusto Murri che alla sovranità della clinica ha saputo soggiogare tutte le scienze che ne sono i capisaldi fondamentali, così multiforme l'attività scientifica tradotta nel volume: opera di clinica, di fisiologia, di bacteriologia, di chirurgia, di terapia, di storia della medicina; grati dobbiamo essere alla Società medico-chirurgica di Bologna, che sa pensare ed effettuare propositi così nobili.

t. p.

Ospedale dei Bambini in Milano. Pubblicazioni del Corpo Sanitario, Vol. II. Tipografia Zerbini e Flesching. Parma, 1897.

Questo volume comprova l'ammirevole attività scientifica e pratica del Corpo sanitario addetto all'importante Pedocomio Milanese, sotto la guida solerte del prof. C. Cattaneo.

Contiene molte pregevoli memorie di C. Cattaneo, G. Manara, B. Grassi, C. Monti-Guarnieri, L. Pollini, I. Cacciami, G. Baderna.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Un'inchiesta sui medici condotti e ospedalieri.

La Presidenza del Consiglio dell'Ordine dei medici di Cremona ha diramato ai medici della provincia un questionario che ha lo scopo di raccogliere i dati necessari per iniziare presso le autorità amministrative e tutorie un'azione positiva, in difesa del decoro e della dignità della classe medica.

La circolare, che accompagna l'invio del questionario osserva: « Le attribuzioni dei Consigli degli Ordini dei medici non possono essere limitate alla stretta cerchia dell'azione disciplinare ed amministrativa, chè inutile ed anzi dannosa sarebbe stata la nostra richiesta per il riconoscimento giuridico; ma devono estendersi, per la tutela degli interessi morali e materiali della classe, ad esaminare anche i rapporti che intercedono fra Amministrazioni e sanitari, e a permettere che su questi rapporti si esprima un giudizio equo e sereno ».

Riportiamo il questionario:

PER I MEDICI CONDOTTI.

1. Nome del Comune o dei Comuni formanti il Consorzio.
2. Abitanti secondo l'ultimo censimento.
3. La condotta è piena o residenziale?
4. L'elenco dei poveri è stato compilato?
5. Quanti abitanti sono inscritti nell'elenco dei poveri?
6. Quanti sono gli abitanti abbienti?
7. Lo stipendio iniziale a quanto ammonta? netto o lordo?
8. Attualmente quale stipendio percepite?
9. Se lo stipendio è stato aumentato dalla vostra entrata in servizio, di quanto è stato aumentato e da quanto tempo?
10. (Nel caso di condotta piena). Lo stipendio è ripartito, come è votato dalla legge, per il servizio dei poveri e degli abbienti? In quale misura?
11. Avete capitolato? (Inviarne possibilmente copia).
12. Vi sono accordati gli aumenti sessennali e quinquennali? In quale misura?
13. Quando vi sono stati accordati gli aumenti quinquennali e sessennali?
14. Avete obbligo tassativo di cavallo o obbligo generico di mezzo di trasporto? Quale indennità si concede per tale onere?
15. Avete alloggio gratuito?
16. L'alloggio vi è concesso dal Comune a pagamento? Quanto pagate?
17. Avete indennità d'alloggio? Quanto?
18. È facile trovare conveniente alloggio nel luogo di vostra residenza obbligatoria?
19. Avete indennità per servizio di vaccinazione? Quanto?
20. Tenete armadio farmaceutico? Quale indennità godete per tale servizio?
21. Avete obbligo d'ambulatorio? L'ambulatorio funziona a vostre spese o a carico comunale? Ricevete qualche indennità per tale servizio?
22. Siete ufficiale sanitario? Quale indennità percepite?
23. Il Comune ha stanziato in bilancio e per disposizione di capitolato la quota annua di lire 10 a favore del Collegio per gli orfani dei Sanitari di Perugia?
24. Avete diritto alla pensione del Comune, o siete inscritto alla Cassa pensioni?
25. Il Comune ha deliberato circa i criteri per il riconoscimento della qualità del povero? Quali sono i criteri adottati? (Riferire possibilmente con precisione e chiarezza).
26. L'elenco dei poveri è compilato, sentito il parere del medico?
27. È consegnato, come prescrive la legge, l'elenco dei poveri, ogni fin d'anno?
28. I medicinali sono concessi gratuitamente a tutti i poveri inscritti nell'elenco, o sono fatte esclusioni? In altre parole, v'è doppio elenco dei poveri? (Dare notizie ben precise).
29. La spesa per la gratuita somministrazione dei medicinali è sostenuta dal solo Comune, o col concorso di qualche Opera pia; o di quest'ultima in proprio?
30. Favoriteci, assumendo precise notizie dalla Segreteria comunale, i consuntivi delle spese per i medicinali degli anni 1908-09-10-11 e eventualmente del 1912.
31. Nel Comune vi è ospedale? Quale è la sua denominazione?
32. Prestate in esso servizio obbligatorio? Quale indennità percepite?
34. Quali categorie di ammalati accoglie? Di quanti letti dispone?
34. Dare possibilmente notizie sull'epoca di fondazione e della sua efficenza economica.
35. Quali Comuni mandano in essi ammalati?
36. Nel vostro territorio esistono case di salute, luoghi di cura? infermerie private? Quali?

Osservazioni. — Esprimere i vostri desideri in merito ad un eventuale miglioramento delle vostre condizioni.

PER I MEDICI OSPEDALIERI.

1. In quale ospedale esercitate? e con quale titolo?

2. Quali ammalati accoglie l'ospedale? Di quanti letti dispone?

3. L'ospedale è dotato di gabinetti speciali per diagnosi e cura? Quali?

4. Da quali proventi trae i mezzi di funzionamento? (redditi patrimoniali propri, contributi Comuni Opere pie, ecc.).

5. Quale stipendio percepite? netto o lordo? aumenti sessennali o quinquennali?

6. Oltre lo stipendio, vi sono indennità speciali? (servizio necroscopico, di guardia, astanteria, ecc.). Quali?

7. Siete in pianta stabile? o in servizio temporaneo?

8 Osservazioni (1).

Ordine dei medici della provincia di Venezia. — Il 26 gennaio u. s ebbe luogo l'adunanza generale dell'Ordine presieduta dal prof. Cappelletti. Venne discusso ed approvato il bilancio consuntivo 1912 e preventivo 1913. venne stabilito di prendere in affitto un locale per la sede dell'Ordine. L'assemblea stabilì che il Bollettino della Camera sanitaria di Venezia diventi anche l'organo per gli atti ufficiali dell'Ordine.

Il presidente comunicò all'assemblea che il prefetto denunciò all'autorità giudiziaria due colleghi che non vollero, quantunque più volte sollecitati iscriversi regolarmente all'Ordine.

L'adunanza si occupò della questione dei *certificati medici* e venne approvata la proposta di:

« Inviare ai diversi stabilimenti una circolare invitando i preposti ad investigare nei casi dubbi se i certificati medici rilasciati siano conformi a verità ed in caso negativo invitarli a farne precisa denuncia all'Ordine. Stabilire che i medici che vedono contestato o discusso un loro certificato, possano ottenerne le dovute soddisfazioni per mezzo del Consiglio dell'Ordine ».

Il contributo annuo per gli iscritti venne approvato nella misura di lire 12. A. D.

L'Ordine dei medici di Parma ha discusso dell'assistenza medica alle famiglie dei soci di Società operaie di M. S. e simili della città e provincia ed approvato il seguente ordine del giorno del dott. Pariset:

« L'Ordine dei medici-chirurghi di Parma, presa cognizione dei contratti a *forfait* tra medici e Società di mutuo soccorso per la cura dei soci e famiglie;

ritenuto *in massima* che simili metodi di prestazione d'opera, non solo offendono la dignità professionale, ma rappresentano uno sfruttamento dei medici per parte delle Associazioni, analogamente all'illegale, deplorato e ormai quasi abolito servizio di condotta piena nei Comuni;

tenuto presente il movimento ascensionale delle classi lavoratrici che mirano ad estendere oltre che agli infortuni sul lavoro anche alle malattie comuni, l'assicurazione obbligatoria, come è in vigore presso altre Nazioni;

fa voti, perchè in difetto e in attesa di disposizioni legislative, siano presi accordi e norme definitive sulla base di un *tariffario di favore* pei soci regolarmente inscritti nelle diverse Associazioni di previdenza della città e provincia di Parma, allo scopo di assecondare le giuste e umane aspirazioni delle classi non abbienti, e nel tempo stesso di salvaguardare gli interessi e la dignità professionale medica ».

L'Ordine dei medici ha affidato ad una Commissione di sette membri, scelti fra medici, specialisti e liberi esercenti, la compilazione di un « Tariffario » per le visite a pagamento.

L'Ordine dei medici di Sassari ha votato, nella seduta del 10 febbraio, la seguente mozione:

« L'Ordine, essendo venuto a conoscenza che la Corte d'appello di Cagliari in una sentenza testè pubblicata intorno alla liquidazione di una parcella presentata da uno stimato collega per perizia medico-legale, ha censurato il metodo biologico adottato nell'eseguire la stessa perizia, delibera di protestare contro tale invadenza dell'autorità giudiziaria in un campo di esclusiva competenza tecnica e fa voti perchè nella liquidazione delle parcelle per perizie giudiziarie sia seguito l'esempio del presidente del Tribunale di Roma, il quale ha disposto di non procedere a tassazione di simili perizie se non dopo aver sentito il parere del Consiglio dell'Ordine ».

Riunione di medici condotti. — Con l'intervento dell'on. Brunelli, si tenne ad Albano, nell'Hôtel Lucarini, l'assemblea generale della Sezione Castelli Romani dei medici condotti. Dopo lunga discussione sull'operato della passata Sezione Laziale, si votò all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« La ricostituita Sezione dei Castelli Romani, in merito alla questione dell'Ingegni-Municipio di Albano delibera, allo stato attuale delle cose,

(1) Auguriamo il migliore successo a questa inchiesta dovuta all'iniziativa dell'Ordine dei medici di Cremona; ma ci sia permesso di ricordare che questionari simili a questo sono stati diffusi in diverse regioni d'Italia da più di venti anni; le risposte sono venute; su di esse sono stati compilati dei bei quadri statistici. E poi? Non è la diagnosi del male che occorre stabilire, è il trattamento curativo, e questo non è in mani nostre. (C.)

di riconfermare l'esistente diffida e di reclamare dal collega De-Simoni il rispetto ai deliberati sociali in fatto di tariffa per le condotte diffidate ».

Successivamente furono presi gli opportuni accordi per proseguire energicamente nell'azione già svolta contro il comune di Rocca di Papa, dal cui concorso si è già ottenuto il ritiro di tutti i concorrenti.

Fu inoltre deliberato di insistere presso gl altri Comuni dei Castelli, perchè siano una buona volta migliorate le condizioni dei loro medici condotti, ricordando che la tendenza unanime di questi è oramai per la condotta residenziale, ottenuta già dalla massima parte dei medici condotti d'Italia.

Contro il ciarlatanismo farmaceutico. — In una coraggiosa ed efficace lettera ai Consigli direttivi degli Ordini dei medici e dei farmacisti della provincia di Milano, pubblicata sul « Pensiero Medico » e diffusa in opuscolo, il dott. D. Malacrida segnala i danni arrecati al pubblico ed alle classi sanitarie dalle specialità farmaceutiche di poco o nessun valore intrinseco, imposte con una *réclame* insistente.

Ricorda come il nostro ed altri giornali medici si sieno già impegnati in questa campagna purificatrice. Ed ora sollecita i Consigli degli Ordini a riprenderla con vigore così da fronteggiare il male. Ne precisa le modalità nei seguenti termini:

Pare a me che tra noi un'azione efficace potrebbe essere esplicata mercè un accordo degli autorevoli Consigli direttivi dell'Ordine dei medici e dei farmacisti, che, per legge, devono vigilare al decoro delle rispettive professioni; i due Consigli dovrebbero nominare una Commissione volonterosa e competente composta di biologi, di medici e chirurghi, di chimici e di farmacologi che, sorda ad ogni sollecitazione, ad ogni lusinga, ad ogni intimidazione, prenda man mano in esame le offerte sospette, e, con assoluta obbiettività e con grande ponderatezza e moderazione, designi poi al pubblico ciò che veramente è buono e lo metta in guardia contro quanto, dall'analisi eseguita, risulterà pericoloso o inutile o inutilmente costoso. I Consigli stessi dovrebbero assumere le responsabilità derivanti dalle conclusioni dei loro fiduciari, propalarle largamente ed, ove le disposizioni legislative apparissero violate, deferire la cosa alle competenti autorità.

La nuova iniziativa riescirebbe utile, anzitutto, alla salute del pubblico al quale si strapperebbe forse qualche vana illusione, ma in cambio si garantirebbe meglio la salute e la borsa; utile materialmente ed anche moralmente al ceto dei medici, fra i quali si trovano oggi alcuni che si compiacciono di prescrivere a larga mano delle *specialità*, non pensando che il cliente, se è felice di avere una accorta ed esatta diagnosi, lo ha consultato più ancora per avere il mezzo di guarire, o, almeno di diminuire le proprie sofferenze e può, nella *sua ignoranza*, pensare che per avere di siffatti *rimedi omnibus* e delle ricette cristallizzate in una formola unica, può ben far senza dell'intervento del sanitario; o come bene scrisse in proposito il Murri: « Non si comprenderebbe come vi siano medici che prescrivono di queste *specialità*, se non si dovesse ammettere che vi sono cose irragionevoli che pure sono care a molti! » (*Lettera al prof. Guidetti* - 8 *marzo* 1910). Riescirà utile al farmacista che con lo spaccio delle *specialità*, oltre al perdere gran parte del suo onesto guadagno, si trova implicitamente considerato incapace di confezionare una preparazione galenica che talvolta è delle più semplici e facili, si vede spogliato di ogni carattere scientifico e professionale e ridotto all'ufficio di un depositario che lucra sopra una mercanzia, senza poter rispondere della sua qualità, della sua buona o cattiva preparazione, delle eventuali sofisticazioni, dell'inesatta dosatura e perfino, dati i molteplici suggellati involucri, del suo stato di conservazione.

La comunanza del lavoro nella Commissione e dei morali intenti varrà forse anche a cementare ed accrescere i vincoli amichevoli fra medici e farmacisti.

Nutriamo piena fiducia che gli Ordini sapranno supplire alla scarsa energia con cui la campagna è stata finora condotta ed ottenere risultati concreti. L. V.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio di sanità della provincia di Roma. — Il 12 febbraio 1912, in una sala della Prefettura di Roma, si è adunato il Consiglio provinciale di sanità sotto la presidenza dell'on. senatore Annaratone, prefetto, per trattare importanti argomenti d'igiene e di amministrazione sanitaria.

Il medico provinciale prof. Badaloni ha informato il Consiglio del desiderio espresso dai medici condotti di ottenere, in applicazione alle disposizioni di legge, che sia abolita la condotta a piena cura per istituire quella residenziale, gratuita per i soli poveri.

Sull'argomento ha spiegato il concetto dell'Ufficio che ha esaminato benevolmente la questione.

Il prefetto presidente, dopo aver ricordato l'interessamento già sempre dimostrato per tutto ciò che rappresenta un miglioramento dei servizi sanitari e delle condizioni morali ed economiche dei medici, ha dichiarato di essere disposto ad assecondare i giusti desiderî della classe dei medici condotti, anche per la considerazione di conci-

liare il vantaggio dei Comuni con l'interesse dei medici, là dove — come nei Comuni più popolosi — sia possibile e giusta tale innovazione.

Il prof. Ballori illustrava il medesimo concetto ed il Consiglio ha dato parere favorevole ed ha approvato la massima di sostituire, incominciando dai principali centri della Provincia, la condotta residenziale a quella per la generalità degli abitanti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3650) *Cavalcatura - Interpretazione di capitolato.* — Il Dott. I. Z. da S. G. P. chiede se la dicitura del capitolato, che il medico *sia provvisto effettivamente e continuamente e non saltuariamente di una seconda cavalcatura,* escluda la possibilità di un accordo con un privato che tenga la cavalcatura a disposizione del sanitario.

Se la disposizione contenuta nell'articolo 7 può dar luogo a dubbia interpretazione e prestarsi a ritener legittimo il contratto col terzo fornitore della cavalcatura, non si piega certamente a dubbia interpetrazione la locuzione usata nella deliberazione dell'ottobre, da cui chiaro si evince che il Comune, per far cessare, appunto, eventuali abusi, aumenta lo stipendio del medico imponendogli l'obbligo di una seconda cavalcatura, che doveva essere sempre pronta ed a disposizione nella propria stalla, in modo da non dar luogo ad indugi in casi indilazionabili e di urgenza.

(3651) *Aspettativa per ragioni di famiglia.* — Il Dott. G. C. da V. desidera conoscere se, stando in aspettativa per ragioni di famiglia e senza stipendio, possa esercitare l'ufficio di medico condotto provvisorio nel suo paese ; se durante la aspettativa i mandati di pagamento debbono essere a lui intestati, e se abbia obbligo di corrispondere il contributo Monte pensioni.

Noi riteniamo che stando in aspettativa per ragioni di famiglia e, quindi, senza stipendio, ben possa il medico condotto prestare la sua opera presso altro ente posto in località prossima a quella ove risiede. Come non gli si potrebbe inibire il libero esercizio professionale non gli si può del pari inibire l'esercizio presso una comunità. Durante l'aspettativa i mandati di pagamento debbono essere intestati al medico, che l'ha sostituita e non a Lei, che non ha pel momento alcun rapporto di interesse col Municipio. Siccome Ella ora non percipisce stipendio, non può far valere come utile agli effetti della pensione il periodo di aspettativa, e ciò ai termini dell'articolo 15 della legge 2 dicembre 1909, n. 744. Non deve, pertanto, pagare contributo di sorta. Contro la deliberazione con la quale è stata invitata a rassegnare le proprie dimissioni se non riprende subito servizio, può fare analogo atto protestativo per danni, farlo notificare al Comune e chiamar questo subito dopo dinanzi alla ordinaria autorità giudiziaria.

(3652) *Medici ospedalieri - Pensioni.* — Il Dottor G. D. da P. propone il seguente quesito: Un medico che sta vari anni in un ospedale può, in qualche modo, parte lui, parte l'ospedale versare quote che poi vengono calcolate passando o medici condotti od a servizio di altro ospedale od anche libero esercente ?

Il quesito non è chiaro perchè non si dice se il medico sia già iscritto alla Cassa di previdenza e, nell'affermativa, se facoltativamente ed obbligatoriamente in base al reddito del nosocomio, nè se questo sia costituito in ente morale. Supponendo che il medico sia già iscritto obbligatoriamente alla Cassa facciamo osservare che per il conseguimento della pensione, a mente del disposto dell'articolo 15 della legge 2 dicembre 1909, si cumula il servizio prestato successivamente in diversi Comuni, Provincie od Istituti di beneficenza. Di tal che il posteriore servizio si unisce al primo e si cumula, quando il medico da una Opera pia passa a servizio di un altra opera pia o quando passa a servizio di un Comune o di una Provincia. L'antico ente seguiterà a pagare il proprio contributo, che andrà a beneficio del nuovo sanitario ed il medico cessante usufruirà del contributo che il nuovo ente, Comune o Provincia, già pagavano prima di assumerlo in servizio.

Se l'iscrizione era facoltativa il cumulo si avvera lo stesso, ma se l'Istituto non avea aderito, il sanitario che passa a servizio di altro ente del pari non aderente, seguiterà a pagare il doppio contributo, ma se passa a servizio di una opera pia aderente paga solo il contributo proprio. Se poi il sanitario lascia il servizio dell'ospedale e diventa libero esercente, nulla deve più pagare, ma perde i contributi già prima eventualmente pagati.

(3653) *Verbale Commissione esaminatrice - Copia notarile di atti.* — Il Dott. V. F. da N. abbonato n. 5975 desidera conoscere se può avere copia integrale del verbale della Commissione esaminatrice di concorso a medico condotto *e se la copia notarile dei documenti deve* essere redatta su carta da bollo da centesimi 60.

La copia di cui sopra non può essere rilasciata perchè trattasi di atto interno e segreto di ufficio, che non può essere destinato alla pubblicità. La sola graduatoria si pubblica. La copia notarile deve essere redatta su carta di lire 2.40.

(3655) *Medico interino - Cassa pensioni.* — Il Dott. S. D. da M. C. desidera conoscere se come medico interino abbia obbligo di pagare il contributo Cassa pensioni.

Il medico interino, come che non regolarmente nominato, non ha obbligo di iscrizione alla Cassa, giusta quanto è disposto dall'articolo 2 della legge 2 dicembre 1909, n. 744.

(3656) *Esposti - Persone di servizio.* — Il Dott. U. C. da F. d'A chiede conoscere se essendo medico a cura limitata abbia obbligo di curare gli esposti affidati a persone agiate e le persone di servizio di famiglie non comprese nello elenco dei poveri.

Gli obblighi di servizio sono per Lei delimitati dall'elenco dei poveri, che è annualmente riveduto dalla Giunta municipale. Siccome nè gli esposti nè le famiglie che li allevano sono compresi nell'elenco suddetto, non ha obbligo di curarli. Lo stesso va detto per le persone al servizio di famiglie agiate.

(3657) *Licenziamento del medico condotto - Iscrizione Cassa pensioni.* — Il Dott. abbonato 8905 desidera conoscere se il licenziamento del medico condotto può farsi nel periodo di prova e senza motivi disciplinari, anche prima che trascorra il tempo fissato dalla legge e se il medico condotto titolare abbia obbligo di iscriversi alla Cassa di previdenza.

Il Comune può in qualsiasi epoca disdettare il proprio medico condotto, ma però tale disdetta non produce licenziamento effettivo nè il medico è obbligato a lasciare il servizio, se non al termine del periodo di prova, che coincide con la durata prestabilita dalla prima nomina. Il medico titolare non interino è obbligato ad iscriversi alla Cassa di previdenza.

(3658) *Armadio farmaceutico.* — Il Dott. S. R. da P. desidera conoscere se possa chiedere compenso per aver tenuto per quattro anni nella propria casa l'armadio farmaceutico.

Il compenso avrebbe dovuto essere fissato e pattuito prima dello impianto. Ora, dopo quattro anni, non sarebbe ammissibile alcuna richiesta perchè l'istallazione dell'armadio nel suo domicilio può essere ritenuto come atto di *bona gratia* e di maggiore sua comodità.

(3659) *Sessennio - Interruzione di servizio.* — Il Dott. G. C. da O. desidera conoscere se un medico che ha prestato servizio per quattro anni in un Comune che offre aumenti di stipendio sessennali, e poi vi ritorna con aumento, possa seguitare il periodo sessennale interrotto con il nuovo concorso.

Il periodo necessario per l'aumento sessennale non si ricongiunge per effetto della nuova nomina, che, essendo avvenuta a seguito di un secondo concorso, costituisce un fatto essenzialmente disgiunto ed indipendente da ogni qualsiasi precedente eventuale impegno da parte del Comune a causa del servizio precedentemente prestato.

(3660) *Infortunio - Cura.* — Il Dott. G. I. da C. chiede conoscere se possa chiedere compenso per cura prestata ad un infortunato per fatti patologici conseguenziali dell'infortunio. Egli è medico condotto a cura piena.

La cura degli infortunati va regolata dalle stesse norme di quelle che si prestano a tutti i naturali. Il medico condotto ha l'obbligo di prestarla gratuitamente, in tutte le manifestazioni in atto o conseguenziali della infermità.

(3661) *Pensione.* — Il Dott. G. B. da C. D. R. desidera conoscere quando compirà 29 anni 6 mesi ed un giorno di servizio agli effetti della pensione.

Col 31 dicembre prossimo Ella compirà 30 anni di servizio. Può chiedere, quindi, il collocamento a riposo, nel giorno 2 del prossimo luglio.

(3662) *Pensione.* — Il Dott. L. L. da P. chiede conoscere se essendosi iscritto alla Cassa pensioni come medico anziano possa restare in servizio per altri dieci anni allo scopo di ottenere una pensione maggiore.

Ella può rimanere in servizio anche oltre il decennio di obbligo, seguitando, si intende, a pagare i contributi prescritti.

(3663) *Pensione - Interpetrazione di capitolato.* — Il Dott. A. M. da I. D. S. chiede se la locuzione che in fatto di pensione adopera il suo capitolato dia o meno luogo a dubbia interpetrazione.

A nostro avviso il citato articolo deve interpetrarsi nel senso che in caso di inabilità permanente, il Comune dopo 25 anni di servizio corrisponde al sanitario l'intero stipendio. Se la somma che riceve dal Monte governativo non giunge a pareggiare lo stipendio, che il sanitario ha goduto nella attività di servizio, il Comune rifonderà *di proprio*, la differenza.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALBIANO D'IVREA (*Torino*). — Condotta piena per ab. 2249 circa; L. 3075 e 3 sessenni (in corso d'approv.), L. 150 quale uff. san. Scad. 3 marzo.

BAGNI DELLA PORRETTA (*Bologna*). — Condotta; L. 3400 e L. 250 per spesa di trasporto. Scadenza 25 febbr.

BARESI (*Bergamo*). — Condotta consorziale e uff. san.; L. 4500 Abit. 1200. Scad. 2 marzo.

BAROLO (*Cuneo*). — Condotta pei poveri; lire 1600 e L. 100 quale uff. san. Probabilità di assegno annuo (circa L. 600) se l'eletto sarà beneviso all'Amministrazione dell'Opera pia Barolo. Obbligo di residenza. Scad. 15 marzo.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per Bari; L. 4500; obbl. cav. costante. Abit. 2411. Scad. 12 marzo.

CARIGNANO (*Torino*). *Ospedale poveri infermi*. — Chirurgo primario. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 28 febbr.

CARPANETA DOSIMO (*Cremona*). — Condotta libera; L. 3600 nette pei poveri; L. 500 bicicletta; due sessenni. Ab. 1513. Scad. 28 febbraio.

CHERASCO (*Torino*). — Condotta per le fraz. di Oltre Stura; L. 1600. Assunz. 1° aprile. Scad. 28 febbraio.

CORREGGIO (*Reggio Emilia*) Condotta residenziale. Esame (quesiti riflettenti in special modo l'ostestricia e l'oculistica). L. 2500 e tre sessenni. Scad. 28 febbr.

* COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta piena per circa 3160 ab.; L. 4000 e 4 sessenni; L. 100 finchè disimpegnerà le funzioni di uff. san.; lire 600 per cavalc.; alloggio o indennità di L. 200 e L. 40 per infortuni. Scad. 28 febbr.

CREMA (*Cremona*). — *Ospedale Maggiore*. Medico chirurgo ostetrico assistente; L. 1400 lorde, camera arredata, riscaldamento e luce. Età massima 35. Scad. 28 febbraio.

CUREGGIO (*Novara*). — Scade 28 corr. concorso medico. Lorde L. 3400. Alloggio gratuito. Entro 1915 L. 4000. Tre aumenti sessennali.

* DESULO (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 4000 nette. Scad. 28 febbraio.

FIRENZE. *Comune*. — Concorso per titoli e per esame a 2 posti di medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene; L. 3500 e 7 aumenti di L. 400 ciascuno al compimento del 3°, 6°, 10°, 14°, 19°, 25° anno di servizio; 21-40 anni; laurea da almeno 3 anni. Voti nei corsi universitari. Scad. 12 marzo.

GATTEO (*Forlì*). — Condotta pei poveri di Sant'Angelo; ab. 2300 circa di cui 500 poveri; L. 3000 lorde, L. 600 per cavalc. e L. 150 per ambulatorio. Scad. 25 febbr.

* GENOVA. — Due posti di medico condotto per assistenza gratuita aventi diritto, constatazioni morti, nascite, vaccinazioni, ecc. L. 2500 aument. ciasc., non più di 35 anni, s. e r. Occorre almeno triennio di esercizio professionale. Scad. 28 febb.

LOMBARDORE (*Torino*). — Condotta consorziale; L. 2150 per 48 famiglie povere e quale uff. san. Sono assicurati altri proventi fissi, oltre quelli per la cura degli abbienti. Scad. 4 marzo.

MASERA (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1060. L. 3250 lorde di R. M., L. 100 quale uff. san. Tre sessenni. Decente alloggio gratuito. Scad. 28 febb.

* MEDICINA (*Bologna*). — Condotta piena per Portonovo; L. 3500 e 4 sessenni assicurazione. Scad. 28 febb.

* MEZZANINO (*Pavia*). — Condotta e uff. san.; L. 3600 lorde. Scad. 25 febbr.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). Condotta piena; L. 2200 e L. 100 quale uff. san. Scad. 10 marzo.

MILANO. *Manicomio provinciale* (*Mombello*). — Due medici assistenti Per schiarimenti rivolgersi alla Deputazione provinciale, via Monforte 31, Milano. Scad. 28 febbraio.

MOGGIO UDINESE (*Udine*). — Condotta poveri; L. 3000 lorde e L. 100 se uff. san. È in corso di approvazione l'aumento a L. 4000. Scad. 25 febb.

MOLA (*Bari*). — Due condotte per i poveri; L. 1000 per l'anno in corso e L. 1300 dal 1° gennaio 1914; 4 sessenni. — Una delle due condotte sarà affidata ad uno specialista chirurgo-ostetrico, che percepirà, oltre lo stipendio, un assegno annuo di L. 1700. Scad. 28 febbraio.

MOTTA MONTECORVINO (*Foggia*). — Condotta per poveri; L. 1450; tenuta armadio farmaceutico; L. 200 per servizio ufficiale sanitario; senza obbligo cavalcatura e senza zona malarica. Famiglie abbienti 469, povere 40. Non vi sono altri sanitari. Scadenza 28 febbraio.

ONCINO (*Cuneo*). — Condotta per i poveri (50 circa); L. 2400. Scad. 28 febbraio.

PALIZZI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena pel centro e Pietrapennata; L. 3400 lorde e 3 sessenni. Compartecipazione sussidio governativo per la lotta antimalarica. Scad. 25 febbraio.

PECCIOLI (*Pisa*). — Condotta residenziale; lire 2500 e L. 200 per cavalc. Scad. 26 febbr.

PELLA (*Novara*). — Condotta piena con Artò e Boleto; L. 3100 lorde e L. 300 se uff. san. Abitanti 1700 circa. Scad. 28 febbr.

POLIGNANO (*Bari*). — Condotta; L. 1100 pei poveri; abitanti 8967 agglomerati e 1110 sparsi. Scade 28 febbraio.

ROCCAVERANO (*Alessandria*). — Condotta; lire 800 per 21 famiglie povere, L. 200 quale uff. san., L. 500 per cavallo, L. 300 per indennità sostituzione L'abbonamento degli abbienti dà un provento annuo di circa L. 2500. Ab. 2285. Parecchi Comuni vicini si servono del medico di Roccaverano. Non più di 35 anni. Scad. 28 febbr.

ROSAZZA (*Novara*). — Condotta pei poveri; ab. 984; L. 1200 e L. 60 se uff. san., lorde. Scad. ore undici e tre quarti del martedì 25 febbraio.

RUTINO (*Salerno*). — Condotta piena; L. 2000 e L. 75 quale uff. san. Scad. 8 marzo.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta piena pel 2° reparto e fraz. (ab. 2100 circa) L. 3800 lorde; obbl. cavalc.; L. 200 quale uff. san. Scad. 5 marzo.

SAN MARTINO DI VENEZZE (*Rovigo*). — Condotta piena del 2° reparto; ab. 2101; L. 4000 oltre L. 600 per indennità d'alloggio. Scad. 2 marzo.

SIZZANO (*Novara*). — Condotta piena; ab. 1741; L. 3200 lorde e L. 200 quale uff. san.; alloggio; due sessenni. Scad. 25 febbr.

TRAPANI. — Direttore sanitario dell'*Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sieri-Pepoli »*. Vedi fascicolo 6. Scad. 31 marzo.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena; L. 2700 e 3 sessenni. Scad. 12 marzo.

VERONA. *Ospedale civile*. — Medico chirurgo assistente di 1ª categor; L. 1400 lorde ed accessori. Scad. 28 febbr. Per schiar.: Consiglio ospitaliero.

Lo stipendio per le due condotte mediche di Cona (Venezia) è di L. 3000 ciascuna e non di L. 8000, come venne stampato per errore nel fasc. 6 del 9 febbraio.

Medico-chirurgo, giovane, pratico cerca interinato dovunque. Dirigersi: Esibitore tessera Touring Club Italiano, N. 147714, posta. Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica: La Sezione di Novara dell'A. N. M. C. diffida il concorso per la condotta medica del Consorzio Sanitario Pellá-Artò-Boleto, essendo il concorso e la nomina del titolare subordinata all'esito del ricorso che in tempo utile il comune di Pella inoltrerà al Ministero dell'Interno contro tale concorso e per ottenere che la residenza del medico venga fissata in Pella, tenuta sempre fin dal 1872, anzichè in Artò.

La sezione Catanzarese dell'A. N. M. C. ha diffidato il concorso di medico condotto per il comune di Magisano.

LONDRA. *Royal College of Physicians*. — Premio e medaglie Weber-Parkes (premio di 150 ghinee, equivalenti a 3975 franchi, e due medaglie d'argento). Il concorso è aperto a tutti i membri della professione medica. Tema scelto: « Studio originale concernente la cura della tubercolosi polmonare mediante sostanze specialmente antagoniste all'organismo patogeno che la produce ». Lo studio dovrà essere compiuto specialmente dopo il 1911, basato su ricerche ed osservazioni originali e contenere l'esposizione dettagliata dei metodi usati e del loro modo d'applicazione. I lavori e le preparazioni per illustrarli dovranno essere trasmessi al segretario degli archivi del Collegio non oltre la prima settimana di maggio 1915. Il risultato del concorso sarà dichiarato non oltre il 18 ottobre 1915.

Nomine, promozioni ed onorificenze.

Il prof. Costantino Gorini, della Scuola superiore d'agricoltura di Milano, è stato nominato membro onorario della « Société de médecine publique et de Génie sanitaire » di Parigi. Ricordiamo che il Gorini alcuni mesi orsono ebbe dalla Accademia dei Lincei il premio Santoro di diecimila lire per le sue ricerche scientifiche.

NOTIZIE DIVERSE

Per la cittadinanza onoraria al prof. Simonetta.

Ci facciamo un onore di riportare il seguente telegramma del prof. Simonetta:

« Leggo soltanto ora sul fascicolo 5, pag. 188 della sezione pratica del « Policlinico » arrivatomi ieri, un articolo che mi commuove profondamente.

« Il consenso del giornale « il Policlinico » aggiunge immenso valore all'altissima distinzione decretatami dalla benevolenza di Perugia augusta. So di dover questa solenne manifestazione sopratutto al patriottismo dei padri coscritti perugini, i quali hanno reso omaggio all'Opera pia nazionale per gli orfani dei militari, con nobiltà pari alla cordialità ed alla liberalità con le quali la ospitano e la favoriscono, e mi sento davvero orgoglioso sia per l'onorificenza in sè stessa, sia per il significato che essa ha, sia per le dimostrazioni di stima che mi ha procurato, sia infine per un altro motivo di intima soavissima soddisfazione: per la gioia che ha dato a mio padre. Sempre obbligatissimo,

LUIGI SIMONETTA ».

Congresso di medicina ferroviaria.

A Roma una Commissione del Comitato organizzatore del V Congresso di medicina ferroviaria, che avrà luogo in Napoli nei giorni 9, 10 e 13 ottobre, accompagnata dal prof. Paolo Casciani, presidente dell'Associazione nazionale dei medici ferroviari e dall'on prof. Michele Pietravalle, Vincenzo Bianchi, Gaetano Ciocchi, è stata ricevuto dal ministro dei lavori pubblici on. Sacchi e dal direttore generale delle Ferrovie dello Stato, comm. Bianchi.

La Commissione ha chiesto ed ottenuto che il ministro Sacchi accettasse la presidenza onoraria del Congresso, e il Direttore generale la vicepresidenza della stessa.

Per il IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro.

Sotto la presidenza del prof. Arnaldo Trambusti, che insieme al prof. Bozzolo è relatore del tema generale su « L'anchilostomiasi », si è costituito il Comitato regionale siciliano del Congresso che si terrà a Roma nel prossimo giugno.

Il Comitato è composto dei professori G. Argento, Maurizio Ascoli, Carapelle, dottor Cirincinna, prof. Clementi, prof. Colella, prof. D'Abundo, Dionisi, Di Mattei, Donzello, Feletti, dottore Gabrielli, prof. Giordano, Giuffrè, Iemma, Manfredi, Domenico Mirto, Muscatello, Montalti, Parlavecchio, Privitera, Savagnone, Tricomi, dottor Valenti, prof. Versari, Viola, Ziino. D. G.

Società di pubblica assistenza e soccorso.

In una sala di Montecitorio si è adunato il Consiglio nazionale della Società di pubblica assistenza e di soccorso. Sono stati discussi importanti temi e fra gli altri quelli riguardanti l'istituzione di Società nel Mezzogiorno, nelle isole e in Tripolitania e in Cirenaica, il riconoscimento giuridico, con legge speciale, delle singole Società, i rapporti con la Croce Rossa, il coordinamento con le scuole samaritane.

Corsi di perfezionamento.

Gl'insegnanti della Facoltà medica di Berlino terranno un ciclo di corsi di perfezionamento dal 3 marzo al 5 aprile 1913. I corsi concerneranno tutti i rami della medicina ed ascenderanno a 228. Le tasse d'iscrizione sono fissate da 20 a 200 marchi per ogni corso.

Inoltre dal 7 al 12 aprile avrà luogo un ciclo di corsi sulle malattie gastro-intestinali. L'onorario complessivo è fissato in 30 marchi.

Durante i mesi di marzo e di aprile sono anche preannunziate dodici conferenze cliniche. Tassa di presenza: 3 marchi per ciascuna.

Dal 19 al 31 marzo sono stati organizzati dei corsi ospedalieri (nell'ospedale di Charlottenburg b. Berlin). Tassa d'iscrizione 150 marchi.

Infine, verranno tenuti durante il semestre dei corsi di perfezionamento mensili.

Per informazioni e il pagamento delle quote rivolgersi al segretario della « Dozenten-Vereinigung zu Berlin », signor Melzer (Berlin N., Ziegelstrasse 10 11, Langenbeck-Haus).

Un corso di clinica medica avrà luogo a Parigi, presso la Clinica medica all'Hôtel-Dieu, sotto la direzione del professore Gilbert. S' inizierà il 17 marzo, durerà 12 giorni e comprenderà 24 lezioni. Alla fine del corso verrà rilasciato un attestato.

La tassa è di lire 100. Saranno ammessi i medici stranieri.

Le iscrizioni si ricevono fin d'ora, dietro invio di vaglia postale indirizzato al « Dr. Deval chef de laboratoire, Hôtel-Dieu, Paris ».

In settembre avrà luogo un corso di clinica pratica; comprenderà anche l'applicazione dei metodi di laboratorio della diagnosi clinica.

Corso pratico di massaggio e di assistenza idroterapica.

Una delle difficoltà più sentite, in seguito alla grande diffusione presa dalle cure idroterapiche e di massaggio, è quella di poter disporre di un personale bene istruito e di piena fiducia, sia dei medici che dei clienti. Giacchè, fatte le debite eccezioni, non si incontra molto spesso fra di noi — tanto nella pratica privata e negli stabilimenti balneari, quanto nei pubblici ospedali — un personale che sia in grado di praticare, con metodo veramente scientifico, una operazione di massaggio, o di eseguire, secondo le norme prescritte, le più semplici ed elementari pratiche di idroterapia.

È appunto per ovviare a questo inconveniente che il prof. Colombo, docente di terapia fisica alla R. Università, ha ripreso — dopo una sospensione di quattro anni — il suo corso pratico di massaggio e di assistenza idroterapica, con il quale egli si ripromette di preparare un personale bene istruito e pronto a prestare servizio sia negli stabilimenti di bagni della città e delle stazioni termali, sia negli ospedali, sia nella clientela privata.

Le iscrizioni sono aperte presso il prof. Colombo, in via Nazionale 102. Il corso avrà luogo nelle aule della R. Clinica medica, al Policlinico. Comincerà col 1° marzo p. v. ed avrà termine verso la metà di maggio con l'esame per il conferimento di un diploma.

Elargizione regale.

Il Prefetto di Milano, senatore Panizzardi, ha comunicato al Consiglio direttivo del Pio Istituto Bassini per gli erniosi poveri, che Sua Maestà il Re ha elargito 10,000 lire per concorrere alle spese della nuova sede — da poco inaugurata in via Ricordi — e all'aumento dei letti.

Giubileo.

Il dott. Ernesto Germonig, primario dell'Ospitale civico di Trieste, ha festeggiato in questi giorni il giubileo del quarantesimo anno di servizio, compiuto quale medico del Comune.

All'egregio sanitario vennero tributati dai colleghi cordiali onoranze.

Infermiere ucciso da un tubo di ossigeno.

Le disgrazie di questa natura purtroppo si ripetono ogni tanto negli ospedali, ora per imperfezione degli apparecchi, ora per negligenza.

Questa volta n' è rimasto vittima a Roma un bravo infermiere, esemplare ed apprezzato: Rodolfo Albanesi, di 23 anni.

Contro le spese per l'igiene pubblica.

L'on. Negri de Salvi ha chiesto di interrogare il Ministro dell'interno « per sapere, in seguito al preveduto rinvio del disegno di legge n. 778, quali provvedimenti intenda adottare a tutela della pubblica igiene, avuto riguardo alle ristrettezze in cui si dibattono i Comuni rurali, che i prefetti del Regno ed i medici provinciali vorrebbero costringere a spese incompatibili con gli stremati bilanci ».

In memoria di Carlo Gallozzi.

Il 19 gennaio, a dieci anni dalla morte, furono rese commoventi onoranze alla memoria del senatore prof. Carlo Gallozzi, il quale addestrò nell'arte chirurgica molte generazioni di medici; fu anche un apostolo della bontà e della carità.

Venne inaugurato un artistico busto in marmo, opera pregevole dello scultore Jerace, nella sala della biblioteca dell'antico ospedale Gesù e Maria. Pronunziarono applauditi discorsi il sen. Paladino, il prof. Sorge e il prof. Miranda. Numerosissimi gl'intervenuti, numerose le adesioni.

Commemorazione.

La Società dei naturalisti e matematici di Modena ha commemorato il compianto prof. Giulio Vassale.

Il prof. Alessandro Cozzi, della Facoltà di scienze, ha illustrato la vita scientifica dell'esimio studioso, così immaturamente rapito alla scienza.

L'Associazione dei medici della provincia ha deliberato di concorrere con la somma di lire 200 alle onoranze che la Facoltà medica di quell'Ateneo tributerà prossimamente alla memoria dell'illustre scienziato.

Dopo brevissima malattia, il 10 corrente cessava di vivere a Napoli il professore on. **Francesco Fede**, direttore dell'Istituto di clinica pedriatica di quella Università.

Tratteggeremo degnamente la sua nobile ed alta figura di scienziato e d' insegnante in un prossimo numero.

Rassegna della stampa medica.

« Ann. de Méd. et Chir. Infant. », 14 dic. Bayeux. Le iniezioni ipodermiche d'ossigeno negli stati asfittici.

« Journ. d. Prat. », 14 dic. Bazy. La laparoplastia, restaurazione della parete addominale.

« Rev. del Circ. Méd. de Córdoba », 7-8. Martinez. Sulla tachicardia parossistica.

« La Ginecol. », 17. Croci. Sull'impiego degli estratti ipofisari in ostetricia.

« La Pediatria », 11. Petrone. Sull'etiologia dell'anemia splenica infantile.

« Rev. de Thérap. », 15 dic. Antheaume. La carcinomania e il suo trattamento.

« Gaz. d. Hôp. », 17 dic. Collin. Il « campo incolto » dell'isteria.

« Gazz. d. Osp. », 17 dic. Malan. La prognosi delle recidive da ileotifo.

« South African Medic. Record », 14 dic. Ricons. L'actinomicosi nell'Africa meridionale.

« La Clin. Med. It. », dic. Jona e Valenti. Ricerche fisico-chimiche sul siero di sangue nel diabete. — Pari e Dalle Ore. Sulla galattosuria alimentare nei febbricitanti. — Rivalta. Sulla nuova siero ed emo-reazione.

« Tubercolosa », 10 dic. Noè. Frequenza delle tuberculosi latenti.

« Rev. Méd. de la Suisse Romande », 20 dic. Machard. Trattamento delle cavità tubercolari osteo-articolari col processo di Mosetig. — Roch. La colesterinemia.

« Proc. of the R. Soc. of Med. », dic. Boyle, Gask, Shipway. L'insufflazione intratracheale di etere. — Jellinek. Gli infortuni elettrici dal lato clinico e forense. — Ewart. Ereditarietà e malattie infettive. — Crookshank. Le recenti teorie sulla tubercolosi. — Badcock. L'ortodontia nella pratica odierna. — Hort, Penfold. Ulteriori studi sulla febbre sperimentale. — Discussione sui sarcomi e mielomi delle ossa lunghe.

« La Trib. Méd. », dic. Meilleré. Su alcuni coefficienti urinari.

« Ann. Intern. de chirurgie gastro-int. », 3. Béclère e Mériel. L'esplorazione radiologica nelle affezioni chirurgiche dello stomaco e dell'intestino.

« L'Idrologia ecc. », 11. Baduel. La diagnosi radioscopica e la terapia fisica della ipotonia e della ptosi gastrica.

« Gazz. d. Osp. », 22 dic. De Giovanni. Prelezione. — Pari. Sul rapporto della frequenza del respiro con la temperatura interna nelle malattie limitanti il campo respiratorio.

« La Rif. Med. », 21 dic. Tansini. Sulla odierna chirurgia gastro-intestinale. — Giugni. Sulla determinazione radioscopica della regione pilorica mediante la sonda duodenale. — Abetti. Sulle emorragie perirenali spontanee.

« Mediz. Klinik », 22 dic. v. Starck. La diagnosi della poliomielite acuta. — Rohde. Sulle fobie. — Steinhauer. Morbo di Banti.

« Paris Méd. », 21 dic. Mathieu. Trattamento chirurgico delle grosse ernie ombellicali non strozzate nell'adulto. — Piéry e Le Bourdelles. Il pneumotorace artificiale nel trattamento della tubercolosi polmonare.

« Pensiero Med. », 22 dic. Micheli. Oggetto, metodi e tendenze della patologia medica. — Masera. Cistocele inguinale.

« The Journal A. M. A. », 21 dic. Bacon. La tubercolosi come complicazione ostetrica. — Rovsing. Sulla diagnosi della tubercolosi renale. — Futcher. Sulle cause della glicosuria.

« Arch. d. Mal. de l'Appareil Digestif, ecc. », dic. Roque e Chalier. Diabete renale. — Etienne. Ittero catarrale eberthiano a inizio pneumonico.

« Klin. ther. Woch. », 23 dic. Beck. Diagnosi degli ascessi cerebrali otogeni. — Budde. Sulle fratture della rotula.

« Münch. Med. Woch. », 24 dic. v. Dungern. La diagnosi dei tumori mediante la fissazione del complemento. — Pick. Diatesi emorragica, angiorhexis alimentaria.

« Gazz. d. Osp. », 24 dic. Mori. Rotture da sforzo dei vasi venosi in operai.

« Deut. Med. Woch. », 26 dic. Staeubli. L'ipersensibilità per l'arsenico. — Levy. Sulla terapia specifica della tubercolosi.

« Gaz. d. Hôp. », 24 dic. Lamy. La cura del torcicollo detto congenito.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 2 marzo 1913* Fasc. 9

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Istituto Dermosifilopatico della R. Università di Palermo
diretto dal prof. PHILIPPSON.

La Röntgenterapia degli epiteliomi cutanei

per il dott. G. SCADUTO, libero docente.

È noto ormai quale posto preponderante occupano i raggi X nel trattamento degli epiteliomi cutanei, e quanto sia stato legittimo l'entusiasmo sollevato alcuni anni or sono da questo nuovo ed elegante metodo di cura. I casi di guarigione che ogni radiologo ha potuto mettere al suo attivo sono centinaia ed il principio quindi della röntgenterapia nel trattamento degli epiteliomi cutanei, poggia su basi sperimentali così solide, da non essere più possibile, in linea generale, una discussione al riguardo.

Mi pare utile, in questo articolo, per i bisogni della pratica, riassumere brevemente le indicazioni dei raggi X nella cura degli epiteliomi, allo stato attuale delle nostre conoscenze.

Lo faccio tanto più volentieri, perchè so quali e quante esitazioni e dubbi pervadono ancora lo spirito dei colleghi, che nell'intensità della loro vita professionale non hanno il tempo di correre dietro ai rapidi progressi della radiografia in questo campo e possono quindi rimanere perplessi anche in casi in cui l'indicazione alla cura coi raggi X possa essere formale e precisa.

***

Seguendo da vicino lo studio di tali affezioni, in più di 100 casi curati coi raggi, ho dovuto al lume di una più lunga esperienza portare dei ritocchi a certe idee relative all'argomento pubblicate in questo stesso giornale due anni or sono (v. *Policl.*, Sez. prat., anno 1910, nn. 45-46).

Scrivevo allora che « mentre detta cura è semplicemente meravigliosa in alcuni casi, vale zero in altri » e riferivo di 31 epiteliomi guariti e di 11 rimasti allo *statu quo ante* e per cui stabilivo di chiamare *radiosensibili* i primi in quanto reagivano bene e prontamente ai raggi X, e *radionegativi* i secondi, in quanto i raggi non esercitavano sui medesimi influenza alcuna.

Per dare una spiegazione a tale fatto abbastanza singolare e notato da tutti i radiologi, si pretendeva e si pretende tuttavia che la diversità del risultato si collegasse a peculiari caratteristiche morfologiche degli epiteliomi per cui i *radiosensibili* sarebbero epiteliomi, a tipo baso-cellulare ed i *radionegativi* a tipo *spino-cellulare*.

Notavo ancora, che senza la necessità di una previa biopsia, per rilevare il tipo morfologico suscettibile di una benefica cura coi raggi X, i criteri clinici erano più che sufficienti per stabilire l'opportunità o meno del trattamento radiologico.

Tali criteri si desumevano a colpo d'occhio all'ispezione, per cui gli epiteliomi *radiosensibili* erano rappresentati da infiltrati molli e cedevoli, siano pure molto estesi e di antica data, ed i *radionegativi* da epiteliomi ad *infiltrati duri e poco cedevoli* siano pure limitati ad un punto e di data recente.

Ora, anche questa distinzione puramente clinica, così formulata non regge più di fronte alle ulteriori osservazioni al riguardo, pure avendo tuttavia in röntgenterapia maggior valore che non quella anatomica, rimessa a nuovo dal Darier ed accettata quasi universalmente.

Secondo Darier la röntgenterapia negli epiteliomi non sarebbe applicabile alle forme lobulate o spino-cellulari, poichè esse, secondo l'eminente dermatologo francese, o non reagiscono affatto, o qualche volta peggiorano.

Ora, questa proposizione non è vera, secondo la mia esperienza, e pare a me che si debba correggere tale apprezzamento a base istologica, per sostituirvi l'altro di ordine puramente fisico, in quanto viene a distinguere gli epiteliomi in *superficiali* e *profondi*.

Infatti si può assiomaticamente stabilire che qualunque epitelioma che non abbia sconfinato in profondità, nel senso che il suo grado d'infiltrazione è limitato al momento in cui capita alla osservazione allo strato cutaneo, convenientemente trattato dal punto di vista tecnico, verrà a guarigione, sia esso spino-cellulare o baso-cellulare e che inversamente tale esito sarà più difficile proporzionalmente al grado d'infiltrazione degli strati ipodermici.

Riesce quasi sempre facile stabilire clinicamente tale fatto, osservando con opportuna quanto facile manovra, il grado maggiore o minore di scorrevolezza del tratto cutaneo, sede del neoplasma, sul piano sottostante.

Prima di formulare nettamente tali deduzioni, feci oggetto di studio alcuni casi di epiteliomi, che l'esame istologico dimostrò di natura spino-cellulare e fra questi un caso notevole da parecchi punti di vista: sia per la giovanissima età del soggetto, sia per le frequenti e rapide recidive avvenute nei cinque anni in cui sottopose l'epitelioma ai più vari trattamenti, non esclusa la escissione con sutura a lembo per scivolamento, notevole ancora per l'esito felice e duraturo ottenutosi coi raggi X, datando la guarigione da più di 20 mesi e, rilievo importante, si trattava di un epitelioma spino-cellulare.

Ecco, succintamente la storia del soggetto:

R... A..., di anni 22, contadino, da Misilmeri, robusto e di buona salute. Nessuna tara ereditaria, mai sofferse malattie veneree. Wassermann negativa. La malattia attuale rimonta a 5 anni addietro. Notò allora la comparsa di un *foruncoletto* alla regione temporale sinistra. Non venendo esso ad una risoluzione, malgrado i diversi topici usati, ed anzi essendosi ingrandito ed ulcerato venne dal medico locale inviato a questa Clinica. Visitato dal direttore, prof. Philippson, diagnosticò un epitelioma. Il soggetto aveva allora 19 anni. Venne ricevuto in Clinica, dove l'aiuto prof. Lamensa praticò l'escissione totale del tumoretto, di cui l'esame istologico diede la conferma della diagnosi fatta. Venne dimesso dopo pochi giorni apparentemente guarito; dopo qualche mese ritornò per recidiva *in loco*, trattata questa volta col *galvano-cauterio*, e così successivamente per diversi mesi o meglio anni. Il 14 maggio 1911, presentavasi alla consultazione con una ulcerazione epiteliomatosa grande quanto un centesimo nell'ambito della regione varie volte operata. Si notava in essa, alla periferia, un cercine rilevato, indurito, ma tuttavia scorrevole sul piano osseo sottostante. Prima d'imprendere la cura coi raggi, praticai l'escissione di un piccolo tratto del neoplasma per rilevarne la natura morfologica, o meglio, per stabilire se si trattasse di uno spino-cellulare o baso-cellulare.

Il parere concorde di diversi colleghi, fu per la natura spino-cellulare del medesimo. Feci due applicazioni di raggi a dose totale eritematica, e dopo circa 50 giorni l'ulcerazione scomparve sostituendosi con un tessuto di cicatrice liscio, lucente, bianco-roseo. Dopo quasi due anni nulla è sopravvenuto a disturbare la guarigione nella sede della pregressa ulcerazione neoplastica.

Il secondo caso riguarda una donna, B... M..., di anni 65, da Palermo. Il 12 gennaio 1911, si presentò in Clinica con un epitelioma al naso esordito 5 anni avanti e che nel frattempo aveva distrutto tutta la punta nasale destra e parte del setto, perforandolo, estendendosi in alto la ulcerazione quasi fino all'angolo interno dell'occhio dello stesso lato. Un tratto escisso ed esaminato dimostrò trattarsi di una forma spino-cellulare. Intanto sottomesso il caso al solito trattamento radioterapico venne all'esito deside-

rato, essendosi la donna perfettamente guarita dopo circa tre mesi. La guarigione in atto data da due anni e può ritenersi definitiva poichè nessun accenno di recidiva si è fino ad oggi manifestata.

***

Questi due casi tipici, molto sommariamente riferiti, m'incoraggiarono ad ampliare le ricerche, facili del resto, data l'abbondanza del materiale affluente alla nostra Clinica.

Così potei esaminare ancora 13 casi di epiteliomi spino-cellulari in varie regioni della faccia: 7 del naso, 1 al labbro inferiore, 3 alla guancia, 1 alla fronte.

Di essi, per brevità riporto i dati più salienti dal punto di vista del mio assunto.

Il risultato non fu uguale per tutti nei rapporti della röntgenterapia, perchè mentre 10 di essi reagirono bene e guarirono, 3 casi si dimostrarono ribelli allo stesso trattamento, e dopo due anni, malgrado diversi tentativi terapeutici di altra natura, non si è potuto arrestare il decorso del male.

Assodato questo primo punto, ossia la radiosensibilità degli epiteliomi spino-cellulari con esito in guarigione, trovai utile indagare se l'altra categoria di epiteliomi, baso-cellullari non presentassero per avventura, una eccezione alla regola generalmente accertata, della loro curabilità coi raggi X.

I risultati ottenuti in 12 casi di epiteliomi baso-cellulari, di cui 6 del naso, 2 dell'angolo naso-orbitale, 1 della regione temporale, 3 delle guancie, furono positivi in 10, perfettamente negativi in 2, dei quali riferisco brevemente la storia.

1° F... M..., di anni 50, da Belmonte Messagno. Il 30 marzo 1909 si presenta con un epitelioma, che aveva parzialmente distrutto la pinna nasale destra. Il processo era esordito da circa 8 anni.

Sottoposta alla cura röntgenterapica, migliorò straordinariamente in primo tempo, senza che per altro il processo venisse ad una risoluzione totale. Tentate inutilmente ulteriori applicazioni di raggi, si sottopose per alcuni mesi alla cura col jequirity tanto raccomandato ultimamente nella terapia dei cancroidi, ma, anche con questo metodo si ebbero alternative di miglioramenti e peggioramenti senza che l'ulcerazione cicatrizzasse definitivamente. Anzi, nel frattempo l'infiltrazione si è maggiormente estesa e si è dovuto abbandonare ogni cura, limitandoci attualmente a semplici impacchi con soluzioni fisiologiche di cloruro di sodio.

2° M... G..., di anni 82, da Palermo. Il 13 luglio 1909 si presenta con un epitelioma ulcerato al dorso del naso, esordito 10 anni avanti, e che era già stato operato un anno dopo con escissione e plastica a lembo frontale. La guarigione fu di breve durata, perchè dopo pochi mesi si ebbe recidiva *in loco*. Il male progredendo sempre, sebbene lentamente, aveva già prodotto la perforazione prima e la distruzione totale poi della pinna nasale sinistra. L'indurimento prodotto dall'infiltrazione neoplastica, si estendeva in alto fino alla radice del naso, ed in profondità si era quasi immedesimato coll'osso sottostante. La röntgenterapia a dose totale sperimentata varie volte nel decorso di alcuni mesi, modificò punto o poco l'andamento dell'affezione, specie nei tratti corrispondenti alla superficie ossea.

Di notevole in questo caso si notò solo come conseguenza diretta delle irradiazioni, l'arresto dei fatti emorragici cui andava frequentemente incontro l'ammalata.

Eppure in questo come nell'altro caso, si trattava di forme tipicamente baso-cellulari, ossia di quelle che sarebbero passive di una benefica cura coi raggi.

Dunque la distinzione istologica, come criterio a base di una cura razionale röntgenterapica, proposta ultimamente dal Darier, non è accettabile, senza dire della poca praticità di un tale procedimento anche nei riguardi agli ammalati, non sempre disposti alle biopsie a scopo diagnostico.

***

Qui sorge naturale la domanda: perchè dunque alcuni epiteliomi guariscono colla röntgenterapia ed altri no?

Intanto noi possiamo assiomaticamente stabilire la curabilità coi raggi X di tutta una categoria di cancroidi, ossia quelli superficiali, qualunque sia il loro grado di estensione. Dovrebbero intendersi per cancroidi superficiali quelli in cui l'infiltrazione neoplastica non va al di là del derma; è questo un indice semeiologico facile a rilevare colla palpazione.

Seguendo lo stesso principio distingueremo i cancroidi profondi in quanto il grado d'infiltrazione si è in essi esteso in profondità sorpassando i limiti del derma.

Ora è appunto in questa categoria che può capitare qualche caso retrivo alla röntgenterapia.

Questa distinzione puramente clinica ed accessibile a qualunque medico, in quanto non richiede particolari sussidi diagnostici, non avrebbe per sè stessa particolare importanza. Ma per il radiologo, che deve calcolare ogni circostanza, dal punto di vista della prognosi, che interessa sopratutto l'ammalato, ne ha invece una grandissima. Perchè anche nella categoria dei cancroidi profondi nel senso citato, si può, con opportuni provvedimenti tecnici, riuscire a limitare ad un numero di casi veramente esiguo gli insuccessi della röntgenterapia.

Qui è necessario rilevare, sia pure di sfuggita, il modo di azione dei raggi, sia dal punto di vista fisico puro, sia *vis-à-vis* al tessuto epiteliomatoso da trattare.

I raggi Röntgen agiscono dalla superficie in profondità, ossia l'efficacia di essi diminuisce in

tal senso e resta limitata in modo assoluto ai piani anatomici che arrivano ad essere influenzati. Tale principio di ordine puramente fisico, è legge fondamentale in röntgenterapia, e, come tale, immutabile. Sappiamo d'altra parte l'azione citolitica squisitamente elettiva che i raggi esplicano sugli elementi neoplastici che arrivano ad essere influenzati.

In base a queste nozioni, tutto il nostro studio deve tendere a facilitare la penetrazione dei raggi nei punti più distali dalla superficie del neoplasma.

Parrebbe a tutta prima, che aumentando il grado dei tubi Röntgen, cui sta intimamente legato il maggior potere di penetrazione dei raggi, dovesse facilmente raggiungersi lo scopo: invece nella pratica tale fatto non si verifica. Perchè molto probabilmente, l'azione citolitica dei raggi X nelle cellule cancerose, si verifica solo con una qualità di raggi che non sono precisamente i duri, ossia i più penetranti, ma i semi-molli, o semi-duri, quelli cioè che può emettere un tubo che segni 3-4 della scala Benoit-Walter. A mettere avanti questa spiegazione m'induce il fatto che mentre nessun radiologo pone l'indicazione formale della qualità del tubo da usarsi, secondo che trattasi di epitelioma ad infiltrati superficiali o profondi, trattandosi di questi ultimi tutti sono ormai concordi sulla necessità di una previa *toilette* chirurgica, ossia di una eseresi di tutte le parti neoplastiche asportabili in modo da ridurre lo spessore dei tessuti ammalati e rendere quindi più superficiali i piani anatomici sottostanti. Ora, lo spessore degli infiltrati profondi, di regola, non è mai tanto da non essere teoricamente impossibile d'influenzarli con tubi duri, poichè sappiamo ormai quale larga messe di allori raccoglie la radioterapia profonda in Germania ed altrove, in molteplici affezioni ginecologiche, come, per citare un esempio, in certe forme di metrorragie, di annessiti, per le quali il potere dei raggi X si esplica sulle ovaia e sugli annessi attraverso la barriera addominale perfettamente integra. Dunque, se i raggi duri possono esercitare una così benefica influenza in processi patologici che svolgonsi ad una distanza focale 3-4 volte maggiore che non negli epiteliomi ad infiltrati profondi, vuol dire che la qualità dei raggi da usare è d'importanza capitale nel trattamento degli epiteliomi. Questo particolare potrebbe spiegare bene da una parte il perchè degli insuccessi della röntgenterapia nei cancri della mammella, dove pur trattasi di elementi neoplastici omologhi ai cancroidi, e del perchè i chirurgi, specie in Germania, sottopongono con buoni risultati alla röntgenterapia i soggetti operati di carcinoma, in linea profilattica, contro le recidive. In tali contingenze, irradiando tutto il campo, sede del processo, è possibile influenzare le particelle residuali di infiltrati canalizzati nei linfatici distali alla massa del tumore asportato chirurgicamente e sopratutto influenzarli con quella specie di raggi che hanno un'azione elettivamente modificatrice e distruttiva sugli elementi neoplastici.

Certo è che nella statistica degli epiteliomi la percentuale delle guarigioni colla röntgenterapia si è di molto elevata in questi ultimi anni, fino ad aversi, come il Pusey, più dell'80 % dei guariti, contro il 25-30 % dei primi anni.

Tale straordinario progresso si rese possibile coll'opportuna preparazione chirurgica degli epiteliomi ad infiltrati profondi, quelli cioè dove si contavano i maggiori insuccessi nei primordi della röntgenterapia.

In quest'ultimo triennio io ebbi in cura coi raggi X 108 ammalati con epiteliomi in sedi diverse, ma prevalentemente della faccia. Di questi 82 sono guariti, ed alcuni da più di due anni, notando una percentuale di esiti favorevoli che di poco si allontana da quella citata dal Pusey.

***

Qui mi pare tempo di dire, che non esiste alcuna controindicazione alla röntgenterapia degli epiteliomi: qualche autore ha posto il *noli me tangere* coi raggi X per l'epitelioma delle labbra. Al riguardo mi preme notare che i due unici casi capitati in questa Clinica con epiteliomi del labbro inferiore e seguiti attentamente, sono guariti e di essi in uno la guarigione data da due anni, nel secondo da un anno.

Dissi già che gli epiteliomi superficiali nel senso già indicato, sono tutti, senza eccezione, curabili coi raggi X. Circa gli epiteliomi ad infiltrati profondi e che abbiano già determinato fatti distruttivi di ossa e di cartilagini, l'intervento chirurgico a scopo curativo non solo è inutile, ma dannoso: sappiamo quale ricchissima rete linfatica si trovi disposta nelle regioni anatomiche, sedi di organi o sensi specifici. La recidiva non si farebbe attendere e le esperienze al riguardo sono ormai fatte.

L'intervento è utile in quanto conviene asportare eventuali granulazioni neoplastiche, o parti molli infiltrate, senza pensare a plastiche a lembo, perchè questi lembi sono di durata effimera in quanto è in essi che si verificano le prime metastasi.

Negli epiteliomi ad infiltrati profondi la chirurgia deve limitarsi a preparare il terreno alla radioterapia che, opportunamente esplicata, darà risultati insperati e brillanti.

Un energico raschiamento previa anestesia locale alla codrenina (miscela di cocaina ed adrenalina) facilita di molto la cura, perchè l'azione elettivamente distruggitrice dei raggi si esplicherà

con maggiore efficacia sugli elementi neoplastici residuali, in proporzione diretta di quanto si sarà ridotto lo spessore dei tessuti infiltrati da attraversare, tenendo presente il meccanismo di azione dei raggi X, già accennato.

Quindi negli epiteliomi attivi, con vegetazioni neoplastiche ulcerate o non, l'indicazione alla cura röntgenterapica previa asportazione delle masse neoplastiche è formale.

Lo stesso dicasi per gli epiteliomi perlacei; qualunque sia la qualità ed il grado di durezza di un tubo, mai riusciremmo a modificare l'evoluzione di un infiltrato neoplastico di tale natura, senza la previa eseresi del medesimo. Posto in tali contingenze un epitelioma è guaribile in poche settimane.

Gli epiteliomi coperti da croste o ammassi cornei, guariscono anch'essi con poche sedute di raggi X; bisognerà in tali casi allontanare le croste e gli accumuli cornei dalla sua superficie.

Nell'epitelioma piano, cicatriziale, il cosidetto epitelioma di Besnier, l'elemento fibroso in esso predominante, sarebbe un ostacolo all'irradiazione in profondità, la più necessaria ad allontanare la possibilità di recidive locali. Anche qui converrà quindi ridurre chirurgicamente lo spessore della superficie infiltrata avanti di procedere alla röntgenterapia.

Nell'*ulcus rodens*, la forma di epitelioma più comune, costituito essenzialmente da una ulcerazione più o meno grande circuita da un bordo duro, rilevato, che rappresenta la parte attiva del neoplasma, bisognerà seguire la stessa linea di condotta, ossia distruggere alla *curette* tale cercine duro avanti di applicare i raggi X.

Era in difetto di tale dettaglio, che, specie in questa categoria di epiteliomi, la röntgenterapia registrava fino a qualche anno addietro i maggiori insuccessi. Infatti parecchi casi di *ulcus rodens* trattati 3 anni or sono semplicemente coi raggi X non vennero ad un esito desiderabile, mentre poi i medesimi casi sottoposti alla stessa cura, ma col previo *curettage* del cercine, vennero dopo irradiati a cicatrizzare in modo stabile e durevole.

***

Mi pare superfluo, perchè poco pratico, esporre qui la tecnica pura, radiologica, nel trattamento degli epiteliomi.

In ogni metodo havvi qualche cosa di personale in dipendenza forse degli apparecchi e dei tubi di cui si dispone e che più si sperimentano meglio s'imparano a conoscere.

Tanto spiegherebbe bene le concordanze nei buoni risultati di tutti i radiologi, malgrado le divergenze nei procedimenti tecnici.

***

Credo piuttosto utile accennare all'azione biologica dei raggi X sulle parti neoplastiche irradiate e quindi le modificazioni che si verificano localmente per effetto delle irradiazioni stesse. Il fatto più saliente e che spessissimo si rileva subito dopo 15-20 minuti d'irradiazione è una linforrea abbondante, se trattasi di un neoplasma ulcerato od in qualunque modo a superficie cruenta. Tale fenomeno persiste per diversi giorni.

Se si applicano dosi uniche, massive, fin da principio può aversi, anzi in generale si verifica all'incirca due settimane dopo, un arrossamento, un eritema locale, che può considerarsi una radiodermite di primo grado che dura qualche giorno. Quindi il fondo dell'ulcera si deterge, comincia a colmarsi con granulazioni di buon aspetto e presto gli epiteli si avanzano dalla periferia fino a cicatrizzazione completa. L'epitelizzazione è facilitata da applicazioni locali di striscie di garza unte di vasellina o da impacchi con soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

È straordinaria la rapidità con cui si verifica la cicatrizzazione di superfici neoplastiche ulcerate, fenomeno questo che non è assolutamente paragonabile a nessun altro procedimento messo in uso a scopo cheratoplastico.

È così che in un periodo di tempo fra i 40-60 giorni, secondo i limiti ed i caratteri della superficie a trattare, si ha facile ragione colla röntgenterapia di processi neoplastici protrattisi a volte per anni ed anni.

Si ottiene in definitiva, una cicatrice indefettibile dal punto di vista cosmetico, leggermente depressa, di colorito biancastro, a volte rosea; secondo lo spessore e le sede della medesima e sopratutto non aderente al piano sottostante.

***

Qui è d'importanza capitale notare che l'opera del radiologo non deve arrestarsi a questo punto: la guarigione potrebbe essere apparente, per cui occorre, di tanto in tanto, 1-2 volte al mese e per qualche tempo ancora irradiare la parte, sede del neoplasma, e preferibilmente usando dei filtri, in modo da agire unicamente in profondità.

Questo procedimento costituisce la migliore garanzia di una buona profilassi contro le recidive locali.

Sulla röntgenterapia degli epiteliomi, riassumendo, possiamo formulare le seguenti conclusioni:

1° La distinzione istologica come criterio prognostico sull'utilità o meno della röntgenterapia negli epiteliomi, non ha nessun fondamento.

2° La distinzione in superficiali e profondi è più razionale e si accorda bene colle leggi fisiche

che governano i raggi nel loro modo d'influenzare i tessuti.

3° È probabile che l'azione specificamente elettiva dei raggi X sulle cellule cancerose sia alla dipendenza di una qualità di raggi, fra i tanti che può emettere un tubo, per cui è importante stabilire il grado di durezza del medesimo, che darebbe il maggior rendimento utile di tali raggi. Tale grado sarebbe il 4-5 della scala Benoit-Walter.

4° Necessita di modificare lo spessore degli infiltrati neoplastici con piccoli interventi chirurgici per facilitare la penetrazione dei raggi fino agli zaffi epiteliali più distali, i più pericolosi dal punto di vista delle recidive.

5° La migliore profilassi alle recidive locali si fa con irradiazioni periodiche protratte, usando opportuni filtri.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Sindromi pluriglandolari.

(CLAUDE et GOUGEROT. *Gaz. des Hôp.*, maggio 1912).

I reperti anatomopatologici associati alle sindromi cliniche, il controllo opoterapico, fecero aggiungere alle note forme di insufficienza o di iperfunzione monoglandulare, le forme di insufficienza e rispettivamente d'iperfunzione pluriglandolare.

L'insufficienza simultanea di parecchie glandule a secrezione interna trae i suoi caratteri dalla sintomatologia delle diverse insufficienze glandulari, con predominio dei caratteri di alcune di esse in rapporto con l'entità delle alterazioni delle une e delle altre: simultaneamente si associano sintomi che dimostrano un'origine diversa: accanto alle semplici sindromi tiroidee, testicolari, surrenali, bisogna collocare sindromi d'insufficienza pluriglandolare.

Tra questa categoria e quelle d'insufficienza uniglandulare esiste una serie di casi che si potrebbero chiamare di transizione, in cui una glandula figura in prima linea per le sue alterazioni, ma associati si dimostrano sintomi di alterazioni glandulari, i quali non isfuggono ad un esame clinico accurato.

Gli AA. cercano così di raggrupparle:

1° Sindrome monoglandulare con lesioni pluriglandolari: mixedema.

2° Sindromi di transizione (pauciglandulari); alterazioni cioè glandulari associate ad uno dei quadri classici, indice dell'alterazione preponderante in una glandola, come il mixedema, l'acromegalia, l'Addison: es., alterazioni testicolari associate al mixedema.

3° Sindromi di insufficienza pluriglandolare senza predominio di una delle note sindromi: es., sindrome tiro-testicolo-surrenale.

4° Sindromi d'iperfunzione pluriglandulare: es., acromegalia ed ipertiroidismo.

5° Sindromi pluriglandulari di compenso: gozzo esoftalmico consecutivo ad insufficienza ovarica.

6° Sindromi pluriglandulari disarmoniche (squilibrio glandulare): mixoedema e gozzo esoftalmico con insufficienza ovarica.

7° Sindromi fruste.

Così classificate però le sindromi cliniche, non è finita l'opera di discriminazione; vi sono varietà, forme, tipi.

A malgrado però di queste variabilità la concezione di esse è stata oramai accettata dalla maggioranza dei clinici.

I criteri che autorizzano a porre la diagnosi di affezione pluriglandolare sono:

1° l'esame clinico e l'evoluzione;

2° le prove biologiche;

3° la cura opoterapica;

4° l'autopsia e l'esame istologico.

All'esame clinico finora, come al metodo migliore, è affidato il compito della classifica dei sintomi che si possono riferire alle alterazioni di una, di due, di tre glandule a secrezione interna: con l'evoluzione della malattia alcuni sintomi di cui poteva ancora mancare l'accenno, diventano incontestabili, la sindrome d'insufficienza endocrina si completa, si aggiungono segni nuovi; necessari però sono esami ripetuti con l'intervallo di qualche settimana, si deve tener conto solo però dei sintomi netti, non delle sfumature: a fidarsi poi di alcuni sintomi generali comuni, come la stanchezza, cefalea, caduta di pochi peli, adiposità, si corre il rischio di vedere un'insufficienza mono- o pluriglandulare in ogni malattia comune.

Tutte le prove biologiche proposte per rivelare l'insufficienza d'una glandula (es., glicosuria alimentare nell'ipofunzione epatica, la prova dell'adrenalina nell'ipofunzione pancreatica), sono ancora alcune in istudio, altre rifiutate perchè prive di un qualsiasi carattere di specificità.

La terapia glandulare, invece, può essere preziosa per illuminare, quasi controllo sperimentale, le supposizioni cliniche, talora addirittura può far giungere là dove l'esame clinico più accurato non aveva portato: è il caso di Rénon e Delille che solo con un'opoterapia pluriglandulare giunsero all'ipotesi della natura pluriglandulare d'una acromegalia che non rivelava, al di fuori dei sintomi comuni, nulla di speciale.

Nella opoterapia, però, non bisogna vedere qualche cosa in più di quello che i fatti non permettono: bisogna tener conto dei miglioramenti reali, persistenti, paralleli alla cura; bisogna infine ricordare che il criterio opoterapico non è criterio di assoluta certezza: alcuni preparati opoterapici dimostrano influenza notevole sulle condizioni di nutrizione generali, e solo in tal senso alcuni malati possono presentare un miglioramento.

L'autopsia, quando si sia premuniti contro l'eventualità di reperti dovuti a processi terminali d'infezione o d'intossicazione, agoniche o postmortali, il più delle volte è un valido contributo della diagnosi clinica. Prima di usare e d'abusare delle sindromi pluriglandolari, sarebbe utile rendersi conto della banalità delle lesioni delle glandule vascolari interne sanguigne, specialmente nel corso delle infezioni, che pongono fine a tante malattie; si verrebbe a concludere forse che nell'ordine dei tempi, le lesioni delle glandule endocrine con la sintomatologia loro, siano raramente delle cause, il più delle volte degli effetti.

PONTANO.

Per la casuistica delle anomalie della secrezione endocrina.

(BITTORF, *Berliner klinische Wochenscrift*, n. 23, 1912).

Fra le malattie dovute ad alterazioni della funzione delle glandole a secrezione interna quella meglio o da più lungo tempo nota è il morbo di Addison dovuto, come si sa, alla distruzione delle capsule surrenali. I rapporti fra la tiroide ed il mixoedema, il cretinismo ed il morbo di Basedow, tra il pancreas ed il diabete mellito, fra l'ipofisi e l'acromegalia, fra le glandole paratiroidi e la tetania sono già universalmente conosciuti. Ultimamente poi si è cominciato a parlare di distrofia adiposogenitale e di insufficienza poliglandolare avente con quella intimi rapporti e a mano a mano si vanno scoprendo altri fatti che vengono attribuiti ad alterazioni funzionali delle glandole a secrezione endocrina, e cioè ad una ipo-, iper- e disfunzione di queste.

Il prof. Bittorf ha osservato il caso di un ferroviere di 38 anni, il quale da dodici anni erasi accorto d'un lento aumento di volume delle mani e dei piedi e d'un graduale ingrossamento del naso e della lingua e pronunciamento del mento. Da due anni il paziente aveva notato inoltre indebolimento della vista, ma nessun disturbo a carico del senso genesico. Esisteva cefalea. All'esame clinico risultò atrofia dell'ottico, anisocoria leggera, emianopsia binasale, leggero strabismo divergente. Glicosuria alimentare senza poliuria. Positiva la Wassermann. Linfocitosi, eosinofilia. La cura iodica migliorò le condizioni del visus a destra. La radioscopia del cranio fece constatare un aumento del volume della sella turcica. Trattavasi evidentemente d'un caso di acromegalia di Pierre Marie che il Minkowski mise per il primo in rapporto con affezioni dell'ipofisi. Ora, per gli studi di vari autori è assodato che l'acromegalia è dovuta all'iperfunzione della porzione glandulare dell'ipofisi (Biede, Borchardt, ecc.). Il caso di cui sopra si distingueva per il fatto che presentava una emianopsia binasale invece di una bitemporale, come si osserva nella maggioranza dei casi. Tale particolarità si poteva spiegare ammettendo che il processo luetico alla base del cervello avesse determinato delle lesioni sul *tractus* e nel chiasma ottico per modo che le fibre non incrociate fossero le più colpite. La glicosuria alimentare si riscontra frequentemente nell'acromegalia, come pure quella spontanea e la poliuria. La linfocitosi e l'eosinofilia sono l'espressione d'una alterazione (iperplasia) funzionale del sistema linfatico che suole manifestarsi nel corso delle malattie in quistione, come ebbe a dimostrare l'A. per il morbo di Addison, il Kocher per quello di Basedow, il Borchardt per tutte le malattie delle glandole sanguigne.

Il 2° caso riferito dall'A. era quello di una giovinetta di 16 anni che dall'anamnesi risultò avere avuto al suo attivo una cloranemia, un notevole indebolimento della vista, cefalea con vomito e vertigini ed un'affezione reumatica.

Esame clinico: abito infantile, adiposi, nessuna peluria, mammelle atrofiche. Utero infantile. Papilla da stasi da ambo i lati. Leggera poliuria e glicosuria da adrenalina ma non l'alimentare. Cefalea frontale. Eosinofilia. La radioscopia rivelò ingrandimento della sella turcica. Tiroide normale. L'inferma che non fu mai menstruata venne sottoposta alla cura della tiroidina (o. 60 al giorno) e dell'ovarina (o. 5 due volte al giorno). Dopo 14 giorni diminuzione di peso.

Trattavasi d'un caso di « *distrofia adiposogenitale* » già descritta dal Fröhliche e col quale nome va un'affezione che, a seconda che col-

pisce gli individui prima o dopo della pubertà è caratterizzata dalla combinazione di un difettoso sviluppo e rispettivamente d'un regresso di sviluppo degli organi genitali e delle altre caratteristiche del sesso insieme con un abnorme sviluppo del pannicolo adiposo. Aggiungonsi spesso disturbi a carico della vista (emianopsia) per lesioni dell'ottico e per stasi delle papille. Questi sintomi sono dovuti ad una lesione della ipofisi cerebrale. La tiroide pure può essere lesa in questa infermità.

Oggidì si tende ad ammettere che la distrofia in questione sia determinata da una ipofunzione dell'ipofisi essendosi questa trovata in molti casi, come anche in questo dell'A., ipertrofizzata. Pare però, che molte volte precedano le lesioni a carico dell'ovaia e che l'ipofisi ammali secondariamente. Sappiamo, infatti, che la castrazione e la gravidanza determinano ipertrofia della ipofisi, e che castrazione e lesioni delle glandole genitali dànno luogo alla polisarcia, all'infantilismo ed alla scomparsa delle note caratteristiche sessuali secondarie. Gli autori francesi ammettono come causa della forma distrofica un'insufficienza poliglandolare. La cura colla tiroidina e coll'ovarina modificarono il reperto ematologico nel caso suddescritto.

Il 3° caso visto dall'A. era quello di un giovane di 28 anni con un passato di accessi epilettiformi, di neurastenia, di alcoolismo, di epatite, di catarro bronchiale. Ultimamente presentava dilatazione cardiaca, edemi, dispnea, leggero stupore, sonnolenza e delle striature cutanee, appena visibili, dapprima nelle regioni del deltoide ed in quella epigastrica, regioni che apparivano pure alquanto tumefatte. L'infermo andava pure aumentando di peso malgrado una buona diuresi. In poche settimane, per essere brevi, in corrispondenza delle spalle sulle braccia, sul petto, specie nella regione mammaria e sull'epigastrio si andò formando, in modo simmetrico, un enorme deposito di adipe. La tiroide era assai dolente alla pressione, i testicoli erano impiccoliti, la libidine sessuale diminuita. La radioscopia del cranio non rivelò alterazioni morfologiche della sella turcica. Non glicosuria alimentare. Alterazione della formola ematologica.

Venne istituita la cura della tiroidina (da 0.3 due volte al giorno a 0.3 otto volte al giorno) che dette per risultato una diminuzione di peso, scomparsa della dolorabilità della tiroide, una certa riduzione di volume delle regioni colpite che mai furono dolorose.

Trattavasi d'un caso di *lipomatosi acuta simmetrica parziale*. Questa infermità è dovuta ad una ipofunzione della tiroide, si distingue dalla *lipomatosi dolorosa* o *malattia di Dercum* perchè questa colpisce di preferenza la donna e per l'assenza del sintoma dolore alla pressione delle parti interessate.

Anche la malattia di Dercum oggidì si mette in rapporto con lesioni della tiroide e dell'ipofisi. Nel caso di cui qui sopra erano compromesse anche le glandole genitali ed il sintoma con cui si aprì il quadro clinico fu la sonnolenza. L'aumento di peso fu di 25 libbre in 7 settimane.

L'A. ritiene che l'intossicazione alcoolica può avere determinato alterazioni della tiroide insieme a qualche agente infettivo. L'infermo aveva infatti sofferto pure per un'angina.

BELOSERSKY.

La funzione delle glandole paratiroidi.

(MAC CALLUM. *The Journal of the Am. Med. Ass.*, 3 agosto 1912).

I notevoli progressi fatti in questi ultimi anni nello studio degli organi a secrezione interna hanno portato molta luce sull'anatomia e sulla fisiologia delle glandole paratiroidi; però restano ancora parecchi punti oscuri per quel che si riferisce alla loro funzione ed alla relazione cogli altri organi.

La loro anatomia è stata bene studiata specialmente dai chirurgi che ne devono conoscere particolarmente i rapporti quando si accingono ad operare sulla tiroide. Le paratiroidi, di regola in numero di due per parte, sono costituite da corpicciuoli giallo-bruni di consistenza molle, situati nel connettivo lasso intorno alla tiroide ovvero in intimo rapporto con questa glandola.

Esistono anche noduli accessori o nella tiroide o nel timo o nel connettivo del collo.

Le glandole paratiroidi scoperte nel 1882 e poi di nuovo nel 1892 furono messe subito in rapporto funzionale colla tiroide: però i recenti studi hanno dimostrato che esse rappresentano formazioni nettamente distinte dalla tiroide sia dal punto di vista embriologico che istologico e funzionale.

Esse sono costituite da cordoni anastomizzati tra loro e costituiti da accumuli di cellule che presentano due tipi differenti e sono riccamente vascolarizzate.

Lo studio delle loro funzioni è stato fatto coi soliti metodi dell'estirpazione o della somministrazione degli estratti. Gli effetti della loro estirpazione sono così tipici che sul quadro clinico consecutivo l'accordo tra i vari autori è completo.

La tetania è una sindrome nettamente definita e conosciuta: ne esistono però dei casi in cui le paratiroidi si mostrano intatte: bisogna allora parlare di una insufficienza funzionale.

Tutti gli autori hanno cercato d'indagare il meccanismo di produzione dei disturbi che si verificano nella tetania (ipereccitabilità nerveo-muscolare, stati tonici) e si è ammesso un aumento dell'eccitabilità del sistema nervoso *in toto*. L'A. però ha fatto esperienze che tendono a lumeggiare meglio la questione. Egli ha osservato che, tagliando un nervo motore durante la tetania, i muscoli corrispondenti divengono flaccidi, però permane l'aumento dell'eccitabilità elettrica. Se invece si taglia il nervo prima di asportare le paratiroidi, si nota che si sviluppa gradualmente nell'estremità periferica del nervo lo stesso grado d'ipereccitabilità che si produce nel nervo omonimo del lato opposto: quindi non c'e dubbio che è qualche alterazione del sangue circolante che provoca queste modificazioni nei nervi. Se noi anastomizziamo i vasi sanguigni di un animale in tetania con quelli della gamba di un animale normale, i nervi di quest'ultima divengono ipereccitabili come quelli di un animale in tetania: se noi interrompiamo l'anastomosi questo aumento dell'eccitabilità viene a cessare. Se irroriamo i nervi periferici di un animale in tetania con sangue di un animale normale, cessa lo spasmo.

La natura chimica di questa sostanza circolante negli animali tetanici non è nota: può essere un veleno attivo, ovvero è l'assenza di una sostanza che agisce calmando il sistema nervoso.

Lo studio di ricambio degli animali paratiroidectomizzati ha portato poca luce sull'argomento. Un fatto ora universalmente ammesso è l'impoverimento del calcio dell'organismo e l'attenuazione o la scomparsa dei sintomi della tetania in seguito alla somministrazione di questi sali. A questo proposito dobbiamo però notare che la iniezione di sali dei metalli pesanti deprime l'eccitabilità anche dei nervi normali. Quindi la tetania sarebbe dovuta ad una scomparsa del calcio dalle cellule per l'azione di qualche sostanza circolante che ha la proprietà di far precipitare o rendere inutilizzabili i sali di calcio: anche le alterazioni degli organi più ricchi in sali di calcio (cornea, denti, unghie) negli animali in tetania parlano in favore di questa ipotesi.

Dal punto di vista fisiopatologico sarebbe molto interessante studiare i rapporti tra glandole paratiroidi ed altre glandole a secrezione interna: poco però è stato fatto finora in proposito. Si sa però che nella produzione della glicosuria queste glandole hanno una parte non indifferente; infatti, in seguito all'iniezione di adrenalina si verifica più facilmente glicosuria negli animali paratiroidectomizzati che nei normali o nei tiroidectomizzati.

Nella patologia umana le glandole paratiroidi hanno importanza nella genesi della tetania postoperativa e spontanea ed in quei processi che sono essenzialmente costituiti da un disturbo dei processi di ossificazione, quali l'osteomalacia e la rachitide.

La forma post-operativa della tetania è oramai ben definita dal punto di vista clinico e sperimentale. Molto più difficili a comprendere sono quelle forme di tetania spontanea che non sono dipendenti da lesioni o malattie delle glandole paratiroidi: si può parlare di un'insufficienza funzionale di esse così nella gravidanza che nello allattamento, in cui si ha uno straordinario consumo di sali di calcio.

È difficile dare una spiegazione di quelle forme di tetania che si verificano talora in parecchi membri di una stessa famiglia o in certe località o in certi mestieri, specialmente nei calzolai. Qualcuno ha messo in rapporto queste forme di tetania coll'alimentazione non appropriata. Il *latyrus*, il fosforo, il piombo, la tubercolina ed altre sostanze possono produrre sintomi di tetania in persone predisposte.

La tetania infantile si verifica quasi esclusivamente nei bambini allattati artificialmente: siccome il latte di vacca è molto ricco di sali di calcio, Stoeltzner mette in rapporto tale tetania con una intossicazione con sali di calcio; però altri hanno dimostrato che la quantità di calcio assorbita da tali bambini è pochissima e quindi sostengono essere dovuta ad altre sostanze tossiche, o forse ad un deficiente assorbimento di sali di calcio.

Le analisi quantitative dei sali di calcio del sangue e del cervello di tali bambini, non hanno dato risultati concordi. Erdheim ammette che sia necessaria una minore funzionalità delle paratiroidi, e difatti ha riscontrato frequentemente nelle paratiroidi di questi bambini emorragie che egli ritiene prodotte durante il parto. Però tali emorragie sono state riscontrate anche in bambini normali e spesso in quelli colpiti da tetania mancano.

La tetania gastrica è anche praticamente non spiegata, nonostante l'esteso numero di lavori e le numerose teorie ad essa dedicate. Le paratiroidi sono state riscontrate per lo più integre, quindi è probabile che sia da mettersi in rapporto con un'alterazione della crasi sanguigna analoga a quella che si produce per estirpazione delle glandole. Se questa alterazione sia dovuta all'assorbimento di materiale tossico dallo stomaco ostruito o dalla perdita di una grande quantità di succo gastrico, non si può ancora dire, sebbene alcuni dati sperimentali parlino piuttosto in favore di quest'ultimo modo di vedere.

Per quel che si riferisce all'osteomalacia e alla rachitide, il loro rapporto colle alterazioni delle paratiroidi, oltre che per le osservazioni fatte sul metabolismo del calcio in tali stati morbosi, bisogna ammettere un certo rapporto colle paratiroidi anche in base alle osservazioni di vari autori che hanno riscontrato nell'osteomalacia una trasformazione adenomatosa delle glandole paratiroidi.

***

Nonostante le scarse cognizioni sul meccanismo di produzione della tetania in tutti gli stati descritti, sono stati tentati vari metodi terapeutici alcuni dei quali veramente efficaci. La tetania gastrica si è visto poter cessare in seguito alla gastroenterostomia; quella gravidica coll'interruzione della gravidanza e quella infantile con misure igieniche e dietetiche. Nella forma post-operatoria nessuna cura si è mostrata realmente efficace. Un certo successo però si è avuto dalla opoterapia tiroidea e paratiroidea.

I sali di calcio iniettati per via endovenosa arrestano spesso il decorso della malattia, ma rappresentano solo un rimedio momentaneo, giacchè, se se n' interrompe la somministrazione, i sintomi continuano più accentuati. Gl'innesti delle paratiroidi sperimentalmente si sono mostrati spesso efficaci, ma nell'uomo tale metodo è ancora inapplicabile. P. ALESSANDRINI.

(10)

CHIRURGIA.

Il momento funzionale nella cura delle fratture.

(JOTTKOWITZ. *Med. Klinik*, 1912, n. 19).

Fino a pochi anni or sono la esperienza dei chirurgi intorno agli esiti delle fratture era per necessità insufficiente, giacchè la maggior parte dei pazienti, cessata la cura, si sottraevano ad ulteriori osservazioni. Ma da quando le leggi sociali, e specialmente quella sugli infortuni del lavoro, hanno reso necessaria non solo un'accurata valutazione della limitazione di funzionalità, ma anche (l'A. si riferisce qui alla legge tedesca) frequenti revisioni in epoche consecutive, i chirurgi hanno imparato a conoscere vari difetti delle cure in uso, e si sono sforzati a rimediare ai possibili inconvenienti.

Qualche tempo fa il chirurgo, nella cura delle fratture, si preocupava pressochè esclusivamente di ciò, che il saldamento dei frammenti avvenisse in buona posizione. Egli si occupava perciò di ridurre bene i frammenti, e di fissarli fino ad avvenuta consolidazione della frattura. Solo dopo la consolidazione si procedeva a curare il ripristino della funzionalità mediante massaggi, bagni, ginnastica. Col progredire di queste cure, e specie della meccanica medica, si ottennero, in rapporto al miglioramento della funzionalità, risultati abbastanza buoni; tuttavia i chirurgi non tardarono a convincersi che, nella prima fase della cura, possono verificarsi lesioni tali della funzionalità, che nessun trattamento consecutivo permette di riparare completamente.

Occorreva dunque cambiare l'indirizzo terapeutico: invece cioè di tentare il ripristino della funzionalità lesa, occorreva provvedere per evitare che si producessero le alterazioni della funzionalità.

Per ottenere questo scopo occorre anzitutto possedere la conoscenza delle alterazioni che possono venire determinate dalla immobilizzazione degli arti fratturati. È ormai noto a tutti che la immobilizzazione dà luogo a rigidità nelle articolazioni e nei tendini, a denutrizione muscolare, a disturbi di circolazione e di innervazione, a retrazione dei legamenti, ad atteggiamenti in contrattura. Causa diretta di tali alterazioni può essere, oltre che la fasciatura gessata inamovibile, anche la eventuale lesione concomitante di muscoli, tendini, nervi; ma bisogna tener conto anche di un altro possibile elemento, cioè dello

elemento psichico. Quando — sia per eccessiva paura dell'infermo, sia per cattiva volontà di questi (legata alla speranza di una più grossa indennità) — il paziente, anche non immobilizzato, evita di compiere con l'arto leso ogni movimento, possono insorgere disturbi anche gravi.

Il trattamento funzionale delle fratture si propone di restringere al minimo indispensabile la estensione e la durata di applicazione della immobilizzazione; e di attivare al più presto possibile la funzionalità dell'arto fratturato.

Ecco alcune regole generali intorno alla immobilizzazione. Se non esiste distacco dei frammenti, e non vi è tendenza a che questo distacco avvenga più tardi, si appoggi soltanto l'arto fratturato, senza fissarlo; e si cominci, appena il dolore si mitiga, a praticare massaggi e movimenti passivi non pericolosi. Se vi è dislocazione, occorre fissare l'arto in buona posizione; ma si deve togliere l'apparecchio immobilizzante appena i frammenti non hanno più tendenza ad allontanarsi, senza attendere il completo consolidamento della frattura. La fasciatura non deve mai venire estesa oltre le due articolazioni entro cui è compresa la frattura; nessuna articolazione deve venire immobilizzata quando ciò non sia strettamente necessario. Bisogna inoltre cambiare spesso gli apparecchi immobilizzanti; durante ognuno di questi cambiamenti si controllerà la posizione dei frammenti, e si imprimerà qualche movimento alle articolazioni immobilizzate.

Per quanto riguarda il riattivamento della funzionalità, va tenuto presente che, nelle fratture delle vertebre e del collo del femore, come pure in talune fratture della diafisi femorale, anche dopo settimane e mesi, il peso del corpo può dar luogo a rammollimento del callo e incurvamenti in corrispondenza dell'avvenuta frattura. La malattia di Kümmell (graduale produzione di cifosi dopo traumi della colonna vertebrale, diagnosticati come semplice lussazione della rachide) veniva, or sono molti anni, interpretata da Wagner come la conseguenza di una non riconosciuta frattura vertebrale, in cui il precoce alzarsi di letto da parte dell'infermo aveva determinato un rammollimento del callo; l'esame mediante i raggi Röntgen ha più tardi dimostrato l'esattezza di questo modo di vedere.

L'A. si diffonde poi ad illustrare minutamente i procedimenti che la sua esperienza gli fa ritenere come i più appropriati in alcune forme di fratture.

V. FORLÌ.

Cura conservativa dei sarcomi giganto-cellulari delle ossa.

(J. C. BLOODGOOD. *Ann. of Surgery*, agosto 1912).

Nella genesi dei sarcomi delle ossa i traumi hanno certamente una grande importanza, sia che si tratti di una frattura, sia di una semplice contusione. Nei casi in cui i sintomi funzionali, consecutivi a tali lesioni traumatiche, si prolunghino per un tempo maggiore del solito, è indicato l'esame ripetuto coi raggi Röntgen, perchè solo in tal modo potrà talora essere possibile di cogliere una neoplasia maligna al suo inizio.

Dai sarcomi rotondo o fuso-cellulari delle ossa o del periostio è necessario distinguere il sarcoma giganto-cellulare, che, per l'andatura anatomica e clinica, è infinitamente meno maligno degli altri due tipi.

Per i sarcomi giganto-cellulari, di cui l'A. ha osservato 52 casi, la cura conservativa si presta per eccellenza.

In questo gruppo di tumori non è neppure necessario fare dei tentativi sieroterapici, per esempio col siero di Coley, che pure sembra aver dato dei risultati notevoli in casi di tumori maligni operati o no.

Il sarcoma giganto-cellulare predilige le epifisi delle ossa lunga. Esso è quasi sempre circondato da una capsula ossea ben distinta, che ne permette il vuotamento. L'A. crede anzi che il vuotamento, con la *curette*, di questi tumori sia un metodo di cura ottimo. Finora esistono 11 casi di sarcomi giganto-cellulari trattati così, e nei quali non si ebbe alcuna recidiva.

In altri si ebbe una recidiva dopo il primo intervento, ma la cura radicale fu ottenuta con un secondo *curettage*.

Altre volte è poi necessario ricorrere ad una resezione, sia primitiva, sia secondaria ad un vuotamento non ben riuscito. Quest'ultima operazione dovrebbe però essere sempre tentata là ove l'importanza funzionale di un osso sia molto grande, anche se le probabilità di recidiva indicassero maggiormente una estesa resezione. Nell'un caso e nell'altro l'operazione deve essere fatta sugli arti con la banda di Esmarch, la ferita deve essere lavata bene con acido fenico e poi con alcool o con soluzione di cloruro di zinco, e ciò per distruggere le poche cellule neoplastiche, che possano essere rimaste in sito.

Fino a poco tempo fa la cavità, risultante dal vuotamento del tumore o dalla resezione, veniva

riempita con garza sterile, e lasciata lentamente granulare. Oggi questi difetti di sostanza vengono colmati in parte con trapianti di osso. Tali trapianti permettono un vuotamento più esteso e completo di questi tumori giganto-cellulari, e spesso una completa conservazione della funzionalità di una data parte.

Non è necessario procedere al trapianto diretto durante il primo intervento, a meno che non si tratti di soluzioni di continuo di ossa, come l'omero e il femore.

Il trapianto fatto in secondo tempo è specialmente indicato, quando l'operazione primitiva sul tumore sia stata lunga, e il paziente si sia trovato in cattive condizioni. L'osso da trapiantare può essere preso dal segmento resecato in abbondanza, quando si sia ben sicuri che tale osso è sano; oppure può essere prelevato dalla fibula, o dalla tibia, badando però bene a non interrompere la continuità di quest'ultima.

Oltre che col vuotamento e la resezione, il sarcoma giganto-cellulare delle ossa è stato curato anche con l'amputazione primitiva, ma, data la quasi non malignità del tumore e la sua delimitazione, un tale intervento è di solito considerato come troppo radicale.

Riassumendo, dei casi di sarcoma a cellule giganti osservati dall'A., 11 guarirono col vuotamento; 1 recidivò dopo un primo raschiamento, ma guarì dopo che questo fu ripetuto; 3 recidivarono dopo una resezione; 1, già vuotato, recidivò, ma guarì dopo amputazione; 11 guarirono con la resezione; 1 dopo la resezione recidivò, e guarì con l'amputazione; finalmente 14 guarirono in seguito ad amputazione primitiva.

L'A. dopo aver citato i casi più interessanti, di molti dei quali sono riprodotte le radiografie prima e dopo il trattamento, specialmente importanti là dove fu praticato il vuotamento del tumore e poi il trapianto osseo, conclude richiamando l'attenzione dei chirurgi sulla necessità di praticare un esame sistematico coi raggi X, specie dopo traumatismi, che abbiano lasciato dei disturbi dolorosi persistenti. Non sempre però coi raggi X è possibile far la diagnosi esatta; per esempio tra cisti delle ossa, osteite fibrosa, o sarcoma giganto-cellulare.

Una tale diagnosi si può fare solo dopo un'incisione esplorativa.

A. CHIASSERINI.

Le artropatie bacillari sierose e congestive.

(LANDOUZY, GOUGEROT e SALIN. *Presse médicale*, n. 36, 1912).

La prova della natura bacillare (tubercolare) di alcune artropatie sierose e congestive è stata per lungo tempo incerta. Si erano accumulati dei fatti clinici che non davano altro che la probabilità del fatto supposto, ma che certamente non erano capaci di convincere. Tali fatti clinici erano la coincidenza in individui tubercolosi di artriti che resistevano al trattamento salicilico e che dopo un certo tempo si trasformavano in artriti fungose. Ma la dimostrazione dei bacilli nelle articolazioni non si era potuta fare nè microscopicamente, nè con le iniezioni nelle cavie. Si era anche osservato che in alcuni casi erano conseguite a iniezioni di tubercolina delle artriti; ma tali artriti erano così poche, in confronto delle molte migliaia di iniezioni di tubercolina, che si potevano ritenere come coincidenze fortuite.

Le esperienze degli AA. comprendono due serie. Nella prima, cercando di riprodurre quella forma clinica che Landouzy aveva chiamato tifobacillosi (iniettando dei bacilli nelle vene), si era potuta ottenere una sola volta, su una trentina di conigli, una doppia artrite sierosa dei ginocchi.

Questa artrite comparve quattro mesi dopo l'inoculazione e persistè fino alla morte, che avvenne un mese più tardi. All'autopsia si trovò che le articolazioni erano tumefatte e piene di un liquido sieroso, poco filante; i tessuti periarticolari erano edematosi, la superficie interna della sinoviale era appena arrossata. Il liquido articolare fu inoculato nel peritoneo di una cavia; l'inoculazione restò senza risultato. Al contrario l'inoculazione sottocutanea delle due sinoviali in una cavia determinò una tubercolosi attenuata, ma incontestabile. L'esame istologico dei tessuti delle articolazioni malate mostrò delle lesioni infiammatorie minime, non specifiche.

In seguito a questo reperto accidentale cercarono di avere dei nuovi reperti e riuscirono ad averne altri due, iniettando delle deboli dosi di bacilli di tubercolosi umana in 22 conigli.

Si erano così ottenuti 3 casi di artrite sierosa congestiva non follicolare su 52 conigli ai quali si era prodotta una setticemia con iniezioni intravenose di bacilli tubercolari.

In un'altra serie di esperienze si iniettarono dei bacilli entro le vene e poi si fecero delle iniezioni intraarticolari di tubercolina. Si ottennero delle artriti acute ora con versamento, ora senza; altre volte l'artrite ebbe tendenza alla cronicità e prese i caratteri dell'idrarto torpido Le alterazioni istologiche non erano quasi mai a tipo follicolare.

In questi casi, più che di una reazione tossica, senza intervento di bacilli circolanti, comparabile a una reazione di sensibilizzazione, sembra trattarsi di fissazione dei bacilli prodotta dalla iniezione intraarticolare di tubercolina.

Infatti in alcuni casi si poterono dimostrare i bacilli nella sinoviale.

Per quanto è lecito riferire le conclusioni di questi esperimenti alla tubercolosi umana, si deve ammettere la natura bacillare di alcune poliartriti e monoartriti con o senza versamento, acute o subacute, quasi sempre curabili, che si osservano talora in individui affetti da tubercolosi polmonare, talora in individui che non hanno altre localizzazioni tubercolari clinicamente dimostrabili. Le artriti sperimentali, delle quali si occupano gli AA., presentano lesioni poco intense, sopratutto congestive o edematose, senza alterazioni profonde dei tessuti. Istologicamente presentano reazioni infiammatorie banali, alle quali eccezionalmente si aggiungono dei tubercoli epitelioidi.

Di solito sono artriti transitorie e curabili, ma vi sono forme a evoluzione cronica: Dor, per es., ha osservato in uno dei suoi animali una artrite anchilosante fibrosa, identica a quelle osservate nell'uomo.

Per quel che riguarda la patogenesi di queste artropatie bacillari regna una grande incertezza; si è ora invocata la localizzazione sulle giunture di bacilli viventi, ora si è adottata una vaga teoria tossica, supponendo che le tossine solubili, analoghe alla vecchia tubercolina di Koch, circolando nel sangue andassero a fissarsi nelle articolazioni. La memoria degli AA., pubblicata nel 1910, ha cercato di precisare i diversi meccanismi patogenetici di queste artriti. I più probabili tra essi sono i seguenti:

1° Localizzazione dei bacilli circolanti sui tessuti articolari. I bacilli arrivano alla giuntura per la via del sangue. Questa tesi è provata dalla constatazione della bacillemia fatta nell'uomo e negli animali e dalle constatazioni di bacilli nelle articolazioni. I bacilli si fissano per cause note o sconosciute: traumatismi, tubercolosi ossea o midollare latente. Quest'ultima causa sembra avere una grande importanza; infatti i bacilli che si trovano vicino a una articolazione secregano delle tossine solubili diffusibili che possono giungere fino all'articolazione e tubercolizzarla; ora le esperienze hanno dimostrato che nell'animale bacillemico la tubercolizzazione locale d'una giuntura può determinare in essa la fissazione di bacilli circolanti. Ora se questi bacilli saranno poco virulenti si avrà una artrite flussionaria semplice, invece di una artrite con formazioni di tubercoli tipici.

2. Bacillizzazione juxta-articolare e tubercolizzazione dell'articolazione. I bacilli si trovano nell'epifisi, senza raggiungere la sinoviale; solo le tossine diffusibili penetrano fino alla sierosa. L'artrite si produce ogni volta che i bacilli juxta-articolari vengono attivati. Questa attività dei bacilli può essere provocata dall'accrescimento del focolaio tubercolare epifisario; più spesso l'attivazione è dovuta a scariche tossemiche generali determinate da una *poussée* di tubercolosi polmonare o viscerale; i bacilli juxta-articolari allora sensibilizzati, come da una iniezione di tubercolina, secregheranno una maggiore quantità di tossine e provocheranno così una flogosi articolare.

3° Reazione dei tessuti articolari (sensibilizzati da una bacillizzazione anteriore) a una scarica tossiemica.

La tossiemia per sè sola non può produrre l'artrite; essa però potrà produrla se l'articolazione è stata precedentemente sensibilizzata da una bacillizzazione articolare o juxta articolare. Se questa è passata inosservata, la reazione articolare, che somiglia alle reazioni anafilattiche, sembrerà primaria; se invece ha avuto il decorso di un'artrite, la reazione di tipo anafilattico sembrerà una recidiva.

Di questi tre meccanismi patogenetici, il primo è dimostrato da fatti incontestabili nell'uomo e negli animali; il secondo ha anch'esso delle prove sperimentali; il terzo, ancora ipotetico, ha in suo favore molte probabilità.

In riassunto, le esperienze degli AA. non provano solamente l'esistenza di artriti sierose e congestive, flussionarie, dovute ai bacilli di Koch; esse rischiarano ancora la patogenesi delle artropatie dei tubercolosi finora rimaste oscure; esse permettono di supporre che la loro patogenesi non sia univoca; dimostrano la giustezza del

concetto delle artriti flussionarie per azione locale articolare dei bacilli e ne precisano il meccanismo; appoggiano l'ipotesi delle artriti per tubercolinizzazione locale dovuta a bacilli juxta-articolari; suggeriscono l'ipotesi delle artriti anafilattiche per immissione nel circolo generale di tossine che agiscono su articolazioni sensibilizzate.

EGIDI.

PEDIATRIA.

L'anemia di origine alimentare nei bambini.

(CZERNY. *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 15 ottobre 1912).

Anzitutto conviene distinguere l'anemia dal pallore.

Quest'ultimo è di origine nervosa e dipende da disturbi vasomotori, potendo osservarsi anche in casi ove la formula ed il valore globulare del sangue sono normali.

Per la diagnosi di anemia conviene basarsi non solo sul pallore della cute, ma anche delle mucose, come anche è necessario che l'esame del sangue mostri la diminuzione del tasso dell'emoglobina e delle emazie. Il semplice pallore vasomotorio si osserva in quasi tutte le forme intestinali dei bambini: quando la malattia migliora il colorito diviene nuovamente normale in maniera rapida, fatto questo che di per sè solo dimostra che non si tratta di alterazioni del sangue.

La vera anemia di origine alimentare non si osserva che in pochi casi. La fermentazione putrida e la costipazione non si può dire che provochino anemia, poichè si osservano molti casi di bambini con abbondante reperto di indacano nelle urine, e con sintomi notevoli di costipazione abituale, e che ciò non ostante non sono pallidi. Se in alcuni casi di costipazione si osserva anche pallore della cute si può dire che tanto la costipazione quanto il pallore sono sintoni di nevropatia, ma non che l'una sia causa dell'altro. Neppure l'insufficiente alimentazione è causa comune di anemia: si osservano bambini poco alimentati anche per un periodo di tempo piuttosto lungo, i quali possono divenire atrofici, ma non anemici nel vero senso della parola.

Invece l'anemia può essere in rapporto con una alimentazione sufficiente dal punto di vista quantitativo o anche eccessiva, ma difettosa dal punto di vista qualitativo. Da osservazioni personali dello Czerny risulta che l'anemia alimentare si sviluppa esclusivamente in alcuni bambini alimentati in maniera uniforme e prolungata con il latte. Non tutti i bambini però risentono il danno prodotto dalla alimentazione lattea assoluta o predominante: alcuni non ne rimangono danneggiati, mentre altri si anemizzano. Tra questi spesso si devono annoverare i deboli e i prematuri, i figli di donne anemiche, e in special modo i figli di tubercolosi.

Il latte è un alimento povero di ferro, e come ha dimostrato il Bunge può essere somministrato senza danno in maniera esclusiva e per lungo tempo solo in quei bambini i quali dispongono nell'organismo di riserve ferruginose congenite, riserve che sono localizzate in special modo nel fegato. Questa può essere una ragione per spiegare il perchè alcuni bambini divengono anemici ed altri no in seguito ad alimentazione lattea.

Però la ragione principale per cui la dieta lattea predominante può provocare anemia, si deve, secondo lo Czerny, ricercare nel fatto che il latte esercita una influenza attiva e nociva sulla funzione ematopoietica in alcuni tipi di bambini. Questa influenza dipende dalla mancanza di alcali, consecutiva alla formazione di saponi di calce nell'intestino in bambini nutriti prevalentemente con latte. L'anemia non migliora che quando, in seguito all'alimentazione mista e alla riduzione della quantità del latte, l'organismo viene a disporre di una alcalinità corrispondente ai prodotti acidi dell'assimilazione.

Uno degli argomenti che stanno in appoggio alla teoria che l'anemia sia in rapporto con l'alimentazione lattea è dato dall'osservazione fatta dall'A. che l'anemia si sviluppa spesso in un periodo nel quale il bambino ingrassa molto, e a volte in modo eccessivo. L'obesità non può essere determinata che da un alimento ricco di grasso quale è appunto il latte. I bambini che non sono alimentati con il latte, o che di preferenza sono nutriti con idrati di carbonio, non ingrassano mai tanto, e non divengono anemici.

Un altro argomento in appoggio a questa teoria è dato dalla flaccidità e dallo sviluppo insufficiente dei muscoli di questi bambini anemici. L'organismo ha necessità di una alimentazione ricca di idrati di carbonio acciocchè la muscolatura possa svilupparsi e funzionare normalmente: ma l'alimentazione lattea esclusiva è quasi sempre insufficiente di idrati di carbonio.

La cura dell'anemia di origine alimentare consiste nel somministrare al bambino dei medicinali (ferratina) e nel modificare la sua dieta.

Se il bambino è nutrito esclusivamente con latte, si diminuirà la quantità giornaliera di latte e si somministreranno degli idrati di carbonio. Se con questo sistema non si riesce ad ottenere il miglioramento desiderato, si sopprimerà il latte e si somministreranno gli altri alimenti. Nei bam-

bini grandicelli si somministreranno a preferenza alimenti ricchi di ferro (uova, frutti, spinaci o altri legumi).

Se l'anemia è incipiente o se è leggera basta diminuire di un terzo o della metà la razione di latte giornaliera. Nei casi gravi è necessario sopprimerlo o ridurlo al massimo a 100-200 grammi al giorno. Può essere utile anche somministrare la carne una o due volte al giorno. Il numero dei pasti è bene sia di 4 al giorno. Con questo sistema l'autore ha visto migliorare delle anemie gravissime nello spazio di 3-4 mesi. (Congresso dell'Associazione internazionale di Pediatria — Parigi, 1912). M. F.

Sulla benignità della polmonite nei bambini, in rapporto con l'origine ematica della malattia.

(MAILLET. *Gaz. des hôpitaux*, n. 90-91, 1912).

La benignità della polmonite nei bambini sarebbe dovuta, secondo Maillet, al fatto che essa deve considerarsi come malattia infettiva generale, più che malattia locale, e che come tale nei bambini ha un decorso più benigno, come lo hanno molte altre malattie generali. Le bronchiti e le broncopolmoniti sono malattie eminentemente locali e a ciò si deve la differenza di gravità. L'A. considera la polmonite come malattia generale, non nel senso che i germi della polmonite localizzati nel polmone formino delle sostanze tossiche che vadano in circolo, ma nel senso che la malattia incominci proprio come malattia infettiva generale (pneumococcemia) e che poi i germi si localizzino nel polmone (Lemierre, Albani, Joltrain). È la teoria dell'origine sanguigna della polmonite.

In appoggio a questa ipotesi l'A. cita delle prove batteriologiche, anatomiche, sperimentali e cliniche. È su queste ultime che in special modo si basa. Le prove cliniche più notevoli, secondo l'A. sono: 1° L'assenza o la debole intensità nei bambini dei fenomeni locali in rapporto a quelli generali. 2° La frequenza ed il predominio in certi casi dei disturbi della digestione. L'A. cita alcuni casi di polmonite in bambini in cui la comparsa dei sintomi generali precedè quella dei sintomi locali.

Non sono rari i casi nei quali la polmonite decorre con sintomi polmonari leggeri o anche assenti del tutto. Così non sono infrequenti le forme di polmonite frusta o abortiva in cui il quadro clinico si riduce quasi esclusivamente ai fenomeni generali. I disturbi digestivi sono talvolta così intensi da avere un vero predominio sul quadro morboso. Sono frequenti i dolori addominali acutissimi, il vomito, la diarrea.

Se la polmonite fosse una malattia eminentemente locale, essa nei bambini dovrebbe avere un andamento più grave che negli adulti, alla medesima maniera delle bronchiti e delle broncopolmoniti, poichè l'apparecchio respiratorio dei bambini trovasi in condizioni di minore difesa (cellule a ciglia vibratili e mucose meno sviluppate, terminazioni nervose meno ricche, donde, minore sensibilità e meno marcato il riflesso di difesa costituito dalla tosse, ecc.).

Invece le reazioni generali sono intense nel bambino (quantunque rapide e passeggere): condizioni notevolmente adatte alla lotta della polmonite, malattia ciclica e di durata relativamente breve. Ciò spiega il perchè nel bambino la polmonite, che si deve considerare come malattia essenzialmente generale, ha un decorso più benigno che nell'adulto.

M. F.

LEZIONI

Sull'arteriosclerosi della vecchiaia.

(Dott. HAMPELN. *Mediz. Zeitschr.*, n. 14, St. Petersburg).

Signori. Per quanto mi sappia, l'arteriosclerosi, anche nelle recenti monografie sulle malattie senili, non è considerata nei suoi speciali rapporti con la vecchiaia nello stretto senso, ma in generale come un'alterazione della vecchiaia stessa ed è su questi rapporti che io voglio intrattenermi, perchè recentemente, massime dagli autori francesi, è addirittura negata in modo paradossale l'arteriosclerosi dell'età senile (Huchard, Schobert). Essa non solo si presenta quasi di regola nella vecchiaia, ma ne rappresenta la malattia principale con speciali forme diverse dalle ordinarie, che formano anche oggetto di questa lezione.

È necessario innanzitutto intendersi sulla natura e sulle principali note dell'arteriosclerosi in generale. Intendiamo oggi sotto il nome di arteriosclerosi nel senso anatomico, secondo gli ultimi lavori di Thomas e dei suoi discepoli Marchand e Jores, un ispessimento dell'intima non di natura infiammatoria, ma iperplastica, che dal primo si distingue per la molteplice suddivisione delle lamelle fondamentali elastiche fra le quali e gli strati limitrofi più interni del connettivo della intima si determina una neoformazione connettivale reattiva.

È nell'interno di tali neoformazioni connettivali neoformate che si riscontrano i focolai di degenerazione adiposa, caratteristici della arteriosclerosi. L'ipertrofia arteriosclerotica dell'intima può essere diffusa od a forma di focolai con scabrosità o prominenze della parete interna e però distinguiamo un'arteriosclerosi *diffusa* ed un' arteriosclerosi *nodosa*. Non in tutti i casi di ipertrofia diffusa dell'intima si tratta di arteriosclerosi; può esservi un processo normale, un'ipertrofia fisiologica dell'intima, che non deve confondersi con la vera arteriosclerosi, giacchè, pure essendovi con la suddivisione caratteristica delle lamelle la ipertrofia connettivale, manca il focolaio di degenerazione adiposa, per il quale — come dimostra Jores — la vera arteriosclerosi si distingue dall'ipertrofia della intima da altra origine. Vi è anche un' altra importantissima differenza, quella cioè data dall' endoarterite, la quale è determinata dalla neoformazione di fibre elastiche con conservazione delle lamelle e con gran prevalenza della proliferazione connettivale rigenerativa ed assenza di focolai di degenerazione adiposa.

Nell'arteriosclerosi distinguiamo dunque, come abbiamo detto, due forme: la diffusa e quella a focolaio; la prima si riscontra specialmente nelle arterie delle estremità e negli organi interni, la seconda principalmente nella aorta stessa o nelle divisioni dei suoi rami.

Dopo questa determinazione del concetto anatomico dell'arteriosclerosi vogliamo fermarci sulla natura vera dei processi intesi sotto il nome di arteriosclerosi o *aterosclerosi*, secondo Aschoff.

Debbono, secondo me, distinguersi due classi principali di processi morbosi: quelli di natura produttiva rigenerativa e quelli di natura degenerativa; alla prima appartengono tutte quelle speciali affezioni infiammatorie locali e generali, specialmente degli anni giovanili quasi sempre di origine batterica, alla seconda invece quelle alterazioni organiche e generali della seconda metà della vita.

L'attività biologica cellulare va perdendo con l'età la sua resistenza, la sua « energia vitale », han luogo le alterazioni retrograde, la adiposi involutiva dei vasi, degli epitelii e del connettivo, la caratteristica fisiologica insomma della diminuita attività organica.

Nella vecchiaia propriamente detta, che riteniamo incominci nella seconda metà del 7° decennio, queste alterazioni raggiungono il massimo grado, la vita entra nell'ultima sua fase improduttiva e vegetativa nella quale anche i processi degenerativi si svolgono lentamente, la vita continua ancora con un residuo di « energia attuale « finchè un accidente acuto mortale non la spegne. Di semplice marasma senile difficilmente si muore. L'arteriosclerosi appartiene senza dubbio alla classe dei processi involutivi, degenerativi e coincide col periodo della vecchiaia.

La vita dell'apparecchio circolatorio si può rappresentare, secondo Aschoff, con una curva, che abbia una linea ascendente, una orizzontale ed una discendente, corrispondenti al periodo di sviluppo vasale con la fisiologica iperplasia dell'intima, al periodo più lungo in cui poco è modificata la costituzione dei vasi e finalmente all'ultimo caratterizzato dalle vere alterazioni arteriosclerotiche di natura degenerativa.

L'arteriosclerosi, meno qualche caso a decorso acuto (*aortite aiguë* dei francesi), è caratterizzata dal lungo decorso, raggiungendo il massimo grado nella vecchiaia e raramente incomincia in questa età come arteriosclerosi *senile*. Ogni vecchio, meno rare eccezioni, è arteriosclerotico, sebbene spesso si presenti quella forma di « ateromatosi » che è parte del processo arteriosclerotico e non può esserne distinta.

Secondo le classiche ricerche di Thomas, la primitiva origine esterna dell'arteriosclerosi è meccanica mentre l'interna è la già accennata alterazione involutiva del sistema arterioso; ciò spiega perchè l'arteriosclerosi si manifesta negli ultimi anni della vita sebbene assai prima vi sia già un semplice processo, diremo così, di logorio. Oltre a queste cause, partecipano alla produzione dell'arteriosclerosi anche altri agenti chimico-tossici: l'eccesso di nutrizione, l'alcool, il tabacco, ecc., la di cui importanza pare sia stata alquanto esagerata. Meno dimostrata è l'importanza della sifilide, poichè, oltre all'età in cui si manifesta l'arteriosclerosi, vi è un gran numero di ammalati di ambo i sessi che non hanno mai avuto sifilide e d'altra parte manca la dipendenza fra questa malattia e la sifilide stessa. Anche gl'interessanti risultati della sierodiagnosi dimostrano che solo il 10.6 % di vecchi, affetti di arteriosclerosi,

è rappresentato da individui che avevano avuto sifilide occulta o manifesta.

Esistono indubbiamente importanti rapporti fra sifilide e malattie cardiache o vasali, ma essi sono di diversa natura e già fin dal 1894 ed anche dopo io ho accennato alla grande importanza della sifilide come causa della vera rottura aneurismatica dell' aorta non di origine arteriosclerotica. Io escludo, come ho sempre escluso, una influenza della sifilide nella produzione dell'arteriosclerosi, la quale è, generalmente, come la chiama Rosenberg, una malattia dovuta ad un logorìo d'origine meccanica agevolato dall'azione dell'alcool e della nicotina (accessi anginoidi, disbasia). Le manifestazioni cliniche dipendono sopratutto dalla sede della malattia; per quanto più è centrale più facilmente l'arteriosclerosi rimane occulta e sorprende con accessi improvvisi, mortali, con la rottura ad es., dell'origine dell'aorta; nelle localizzazioni periferiche si hanno i sorprendenti fenomeni arteriosclerotici, che tralascio per la brevità che mi sono imposta. Non posso però trascurare i rapporti importanti dell'arteriosclerosi col rene granuloso e conseguentemente la determinazione della pressione sanguigna. Spetta al Rosenberg il merito di avere studiato i rapporti dell'arteriosclerosi con la pressione sanguigna. L'arteriosclerosi, meno casi speciali, non dà luogo ad ipertonia arteriosa; questa si verifica quando vi è in complicanza un rene granuloso, mentre il rene arteriosclerotico decorre quasi senza alcun sintoma. Anche il rene granuloso consecutivo a nefrite parenchimatosa presenta limitata ipertrofia cardiaca e bassa pressione.

Tralasciando le altre questioni che riguardano la speciale natura del rene granuloso, dobbiamo solo considerare che l'alta pressione sanguigna ne è la caratteristica in generale e talora per lunghi anni ne rappresenta l'unico sintoma. I limiti di tale pressione sanguigna non possono naturalmente precisarsi, ma si può ritenere che il vero valore patologico incominci sopra i 160 mm. Hg. (Recklinghausen). L'arteriosclerosi nella maggior parte dei casi non ha alcuna azione sull'elevazione della pressione sanguigna tanto negli adulti che nei vecchi. Nella vecchiaia propriamente detta si tratta di quei processi anatomicamente definiti come arteriosclerosi con la differenza che il processo arteriosclerotico non sorge nella vecchiaia, ma allora solamente si manifesta e l'ateromasia è più grave che negli anni precedenti. La caratteristica della comparsa e del decorso dell'arteriosclerosi senile sta nel fatto che il vecchio per la diminuita attività delle forze produttive conduce vita calma e di risparmio.

Gli accessi anginoidi sono relativamente rari nella vecchiaia: fra i 275 miei ammalati, 23, cioè il 13 %, contavano dai 65 agli 80 anni, i gravi accessi stenocardici con esito letale sono invece più frequenti in questa tarda età, e nella mia pratica ho registrato 3 casi di morte in vecchi, fra cui due donne, nelle quali si riscontrò rilevante sclerosi delle coronarie. Il vero aneurisma aortico, probabilmente di origine sifilitica, è rarissimo nei vecchi come anche la rottura aneurismatica, mentre l'aneurisma da tensione (aneurisma da dilatazione di Thomas) rappresenta un fatto ordinario, clinicamente di poca importanza. È anche assai frequente l'ectasia arteriosclerotica dell'aorta discendente con insufficienza valvolare aortica.

Nella mia pratica ospedaliera, di 51 ammalati, morti in seguito ad aneurisma, solo 2 appartenevano all'età senile (60 ad 80 anni), pochi contavano 60 anni, la massima parte dai 31 ai 50. Fra 98 casi di aneurisma aortico accertati clinicamente nella mia pratica privata solo in due si trattava di vecchi dai 65 ai 71 anni, la gran maggioranza fra i 29 ed i 50 anni; in tutto dunque, fra 147 casi di aneurisma aortico, 4 soli nella vecchiaia. Il vero aneurisma aortico non è quindi una malattia della vecchiaia anche perchè la morte suole sopravvenire prima.

Raramente s' incontra la sintomatologia di Adam-Stockes come son rarissimi nella vecchia quei disturbi dolorosi di motilità delle estremità, in massima parte di origine arteriosclerotica, i quali sono invece assai più frequenti negli anni della virilità. Pare molto più frequente nei vecchi la cosidetta dispragia intermittente arteriosclerotica intestinale.

Abbiamo già detto che il processo arteriosclerotico, come tale, non eleva la pressione sanguigna e ciò vale anche per la vecchiaia, perchè forse mancano in questa età quelle frequenti cause di eccitazione che son comuni nella media età e che dàn luogo alla ipertensione arteriosa. Non si può pertanto assolutamente escludere l'arteriosclerosi nei vecchi sol perchè non si riscontra la elevata pressione sanguigna

Un'altra malattia speciale della vecchiaia di origine arteriosclerotica è la cangrena delle estremità, la cangrena senile come anche le affezioni cerebrali: l'apoplessia e la trombosi arteriosa col consecutivo rammollimento. Io ho avuto occasione di osservare nella vecchiaia anche dei casi di rilevante bradicardia e respiro di Cheyne-Stockes, quest'ultimo probabilmente per sclerosi dell'arteria basilare: in altri casi si trattava a preferenza di disturbi subbiettivi dovuti forse a turbata innervazione vasale (capogiri, deliqui, epistassi). Altre volte tali disturbi precedono un'apoplessia e però meritano speciale riguardo. Il salasso o la sottrazione di sangue locale può avere in tali casi benefica azione.

L'arteriosclerosi adunque si riscontra nella vecchiaia tanto nel senso anatomico che nel senso clinico e si distingue da quella della media età per la speciale localizzazione e per la più intensa aterosi.

Signori. Io mi sono limitato a trattare delle questioni più importanti sull'arteriosclerosi e spero di aver chiaramente, sebbene con brevità, determinata la forma di questa malattia nelle sue linee principali, riproducendo esattamente lo stato attuale di tali questioni, le quali offrono ancora varii ed importanti problemi, che son destinati a risolvere le future ricerche anatomiche e cliniche.

DE CHIARA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica chirurgica della R. Università di Genova

diretta dal prof. sen. NOVARO.

Sopra un caso di laminectomia per spondilite tubercolare con paraplegia inferiore

per il dott. prof. VITTORIO PORCILE
aiuto e libero docente.

A...... T....., d'anni 20 macellaio, celibe, da Taggia.

Ricoverato nella Clinica chirurgica il 1° maggio 1912.

Non ha eredità tubercolare in famiglia.

Crebbe robusto e sano fino all'inizio dell'attuale malattia. Al principio dell'ottobre u. s. casualmente si accorse di avere nella regione sopraclavicolare sinistra una intumescenza: essa non gli causava alcun dolore, nè altra molestia; liberi erano i movimenti del collo e del braccio. Consultò, nondimeno, un sanitario, il quale diagnosticò un ascesso e trovò inoltre che i gangli linfatici vicini erano ingrossati. Stando a ciò che riferisce il paziente, il chirurgo, oltrechè l'incisione dell'ascesso, avrebbe anche fatta l' asportazione di alcuni gangli. Alla fine del novembre la ferita era chiusa. Senonchè nel febbraio una nuova raccolta si era formata nel medesimo punto: questa volta, dopo l'incisione, la ferita più non si chiudeva completamente. Dall' orifizio rimasto gemeva quando a quando qualche goccia di pus.

Avveniva, intanto, poco dopo la comparsa del secondo ascesso, un fatto nuovo. Il paziente veniva colto da forti dolori costrittivi e trafittivi alla gabbia toracica; poi i dolori si estendevano anche alle spalle e agli arti superiori. Avevano carattere intermittente.

Al principio dell'aprile questi fenomeni morbosi persistendo, si manifestò nel paziente quasi improvviso indebolimento degli arti inferiori, per modo che la stazione eretta divenne presto, in pochi giorni, impossibile: dopo due settimane impossibile era negli arti inferiori qualsiasi movimento.

Nel frattempo erano diminuite, fino a cessare, le nevralgie nel segmento superiore del corpo.

La funzione motoria degli arti superiori rimase sempre integra.

Il paziente veniva portato in barella nella Clinica il 1° maggio 1912.

Le apparenze sue erano di un giovane eccellentemente costituito: statura superiore alla media, conformazione scheletrica regolare, torace ampio, buoni muscoli, sufficiente pannicolo adiposo. Anche l'aspetto del viso, il colorito erano di persona vissuta in buona salute. Colpiva l'attenzione il fatto che egli era nella assoluta incapacità di imprimere qualsiasi movimento agli arti inferiori: non il minimo segno di contrazione, anche parziale, incipiente avveniva, ad onta di ogni più intenso sforzo della volontà. Immobili rimanevano le coscie, le gambe, i piedi, comprese le dita. Non solo, ma il paziente era anche nell' impossibilità di sollevare il tronco: i muscoli addominali avevano pure perduto la facoltà di contrarsi. Negli arti vi era inoltre, fatta eccezione di minimi resti in zone limitate, la perdita della sensibilità e pur questa comprendeva non solo gli arti inferiori, ma anche l'addome e si estendeva a parte del torace, fino, cioè, a livello dei capezzoli. Posteriormente il limite saliva all'angolo delle scapole. L'alterazione concerneva così la sensibilità tattile, come la termica, la dolorifica e la barica.

Volendo imprimere agli arti movimenti passivi, si trovava ipertonia muscolare, più evidente a sinistra.

Esagerati il riflesso patellare ed il plantare; aboliti il cremasterico e l'addominale inferiore; Babinski positivo.

La cute della verga era pure anestesica; ipoestesica la scrotale. Asseriva il paziente di avere normale l'erezione.

Per ciò che si riferisce alla defecazione e minzione, risultava che l'una e l'altra erano sotto il dominio della volontà; fatta una sola eccezione per la minzione. Perocchè, quando il paziente, dopo il viaggio, giunse alla Clinica, si trovò nella impossibilità di ubbidire allo stimolo e dovette essere cateterizzato.

Nessun perturbamento funzionale nel cingolo toracico superiore, agli arti superiori, al collo, alla testa e faccia.

Completamente cessate le nevralgie.

Nella regione sopraclavicolare sinistra riconoscevasi la presenza di un gruppo di gangli linfatici ingrossati: un po' inferiormente ad esso, in corrispondenza quasi del margine superiore della clavicola, una soluzione di continuo a bordi minati, con scarsa secrezione purulenta tenue. Indolenti alla palpazione i gangli, indolente pure la clavicola. Per il breve tragitto si giungeva sopra un fondo ricoperto di granulazioni facilmente sanguinanti.

La più accurata ricerca non lasciava scoprire alcun punto doloroso, alcun indizio d'alterazione nelle apofisi traverse cervicali, nè a sinistra, nè a destra.

Anche la palpazione delle apofisi spinose cervicali, la pressione sui corpi, attraverso il capo, lasciava escludere lesioni apprezzabili in questo segmento della colonna vertebrale.

Integri lo sterno e le coste.

Scendendo a percorrere col dito le apofisi spinose delle vertebre dorsali, il paziente si lagnava di dolore subitochè la pressione giungeva alla II e III vertebra: sulla II il dolore era un pò più vivo. Risultava inoltre che le parti molli, in corrispondenza di queste vertebre, erano come infiltrate, leggermente edematose.

Sulle vertebre successive, fino all'ultimo segmento della colonna, la pressione non provocava più alcun dolore; nè si rilevava alcun altro segno di alterazione nelle parti molli.

La compressione dei corpi vertebrali per il capo, non provocava dolore; in alcun punto: indolenti rimanevano anche la II e III vertebra dorsale.

Fatte queste ricerche e con sì fatti reperti, io mi ricostruiva così l'andamento del processo morboso:

Un focolaio tubercolare era insorto primamente nelle ghiandole cervicali sopraclavicolari e nella clavicola: di là una metastasi si era portata alla colonna vertebrale, nelle lamine delle due prime vertebre. Successivamente il processo doveva essere penetrato nello speco, essersi propagato alle meningi, avere leso nella sua funzione il midollo. L'improvviso manifestarsi e il rapido svolgersi delle alterazioni funzionali, la presenza dei fenomeni irritativi mi lasciavano sperare che i perturbamenti fossero dovuti piuttosto a compressione che a distruzione, a lesione strutturale dei cordoni midollari.

Deliberai pertanto d'intervenire colla laminectomia.

(9-5-1912). Fatta un'incisione dalla VII cervicale alla V dorsale, scollate le parti aponevrotico-musculari, sporgono fra la II e la III lamina sinistra granulazioni fungose, grigiastre. La lamina sinistra della II vertebra è erosa, invasa, perforata dalle granulazioni.

Collo scalpello incido alla radice le lamine delle tre prime vertebre, così a destra come a sinistra, e le asporto insieme colle relative apofisi spinose. Subitochè la parte scheletrica è stata rimossa, fa ernia il contenuto dello speco, la dura madre ricoperta da fitto strato di granulazioni, che anche ne infiltrano la compagine.

L'alterazione si estende per un tratto corrispondente alle tre vertebre resecate: sopra e sotto la meninge ha aspetto e consistenza normale.

Escido colle forbici quanto più posso del tessuto tubercolare, senza aprire il sacco meningeo, gratto e caustico i piccoli resti.

Suturo parzialmente le parti molli, lasciando un po' più verso l'angolo inferiore della ferita una larga apertura: essa mi servirà per la medicazione diretta del focolaio tubercolare.

Decorso postoperatorio. — Successivamente il focolaio è medicato con garza all'iodoformio e iodoformio in polvere per la breccia, che è stata lasciata e si ha cura di conservare aperta. Aderiscono le parti suturate.

Il paziente è sottoposto intanto ad iniezioni iodoiodurate.

Nelle prime due settimane non si ha apprezzabile mutamento nella sintomatologia. Dopo questo periodo di tempo, ritorna la sensibilità, che si rende manifesta quasi contemporaneamente nelle varie zone anestesiche, torace, addome, arti, nella sua quadruplice espressione: tattica, termica, barica e dolorifica. Soltanto dopo un'altra settimana ricompaiono i primi segni di motilità: dapprima nei muscoli addominali, poi nei muscoli della coscia sinistra, alcuni giorni dopo alla gamba ed al piede dello stesso lato.

Alla metà del giugno l'arto inferiore sinistro può essere elevato in estensione, addotto e abdotto. Questi movimenti sono eseguiti con facilità e forza, tanto che l'arto sollevato in estensione resiste ad una certa pressione; la contrazione dei flessori della gamba è poi così potente che si dura fatica a vincerla, facendo trazione sul piede.

Il 15 giugno cominciano a manifestarsi contrazioni in singoli muscoli e in gruppi di muscoli nell'arto inferiore destro.

Il 20 giugno il paziente flette la gamba sulla coscia, meno facilmente e più limitatamente la coscia sul bacino.

Il 24 giugno 1912, a meno di due mesi di distanza dall'intervento, il paziente ha tanto ripreso dei movimenti e della forza degli arti inferiori, che è lecito sperare possa presto riacquistarne anche l'uso per deambulazione.

Alla fine del luglio lascia il letto e cammina coll'aiuto delle stampelle; nell'agosto si serve di un solo bastone ed anche cammina senza alcun aiuto.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 gennaio 1913.

Presidenza del prof. **F. Durante,** presidente.

Dott. **L. C. Zapelloni.** *Tumore primitivo a tipo tiroideo della diafisi del radio.* — L'O. presenta il pezzo anatomico e i preparati istologici di un tumore della diafisi del radio destro, diagnosticato clinicamente come sarcoma periosteo, ed operato dal prof. Alessandri di exeresi e successiva infibulazione. Fa notare come l'aspetto microscopico del tumore osseo sia in molti punti quello di un vero adenoma follicolare con degenerazione ialina dello stroma, così da integrare l'aspetto di uno struma. In altri punti invece si ha il quadro istologico dell'adenoma fetale papillifero della tiroide.

Discute la diagnosi differenziale con gli endoteliomi e particolarmente con l'adenoma endoteliale dell'Hansemann e con l'emoangioendotelioma del Borst; discute la primitività del tumore ed accenna alla necessaria revisione del capitolo degli endoteliomi delle ossa.

Dott. **P. Gaifami.** *Sulla diagnosi serologica della gravidanza col metodo della dialisi.* — Il dott. Gaifami riferisce il risultato di alcune sue indagini eseguite sul siero di 30 gravide.

Il socio prof. Pestalozza mette in evidenza l'importanza della comunicazione del dott. Gaifami e ricorda i lavori dei molti suoi allievi sulle modificazioni del sangue da origine placentare, essendo da lungo tempo convinto che il sangue delle donne gravide subisce modificazioni per la penetrazione in esso di sostanze che provengono dalla placenta.

Il socio prof. Gosio osserva che le ricerche esposte dal Referente lasciano conchiudere, che le reazioni serologiche variano d'intensità nei vari periodi della gravidanza: la massima intensità si osserva nei primi mesi; la minima al termine.

Ciò fa supporre che il fenomeno obbedisca alle leggi dei processi immunitari ed allora sarebbe di notevole interesse vedere se, col ripetersi delle gravidanze, i reperti diminuiscano o diventino inapprezzabili. L'O. domanda, se vi sono criteri sperimentali che dilucidino questo punto, anche dedotti soltanto in misura approssimativa dai diversi gruppi di gravide, su cui il Referente ha stabilito le sue indagini diagnostiche.

Il dott. Gaifani risponde esaurientemente ai precedenti oratori. A. BALDONI.

Reale Accademia delle scienze mediche di Palermo.

Seduta del 25 gennaio 1913.

G. Parlavecchio. *Caso di morbo di Banti: splenectomia, guarigione completa. Dopo 7 mesi morte per infarto trombotico totale dell'intestino.* Trattavasi di una donna di 27 anni, versante in condizioni generali molto gravi. Splenectomia, decorso ideale, guarigione per 1ª. Presenta la milza asportata (cm. 17 × 12 × 3 ½) ed i preparati relativi, aventi tutti i caratteri macro- e micro-scopici del tipo descritto dal Banti. Dopo 3 mesi il dottor P. Bensa scriveva dell'operata: « guarigione completa, risultato veramente sorprendente ».

Dopo 7 mesi di completo benessere, 4 giorni fa morì per infarto trombotico totale dell'intestino. L'O. fa delle considerazioni sui possibili rapporti tra l'affezione pregressa e la finale, ma si riserva di riparlarne quando avrà completato lo studio istologico dell'intestino e del meso infarciti, che presenta. Illustra il caso con i ripetuti esami ematologici e con considerazioni patologiche e diagnostiche.

Passa quindi allo studio della terapia desunto dall' analisi del copioso materiale bibliografico

raccolto. Conclude che è doveroso tentare all'inizio le cure medicamentose e fisiche, quantunque poco ci sia da sperare da esse ; ma che non bisogna troppo protrarle, se si mostrano inefficaci; che la sola cura chirurgica radicale è la splenectomia, la quale però purtroppo è gravata di una mortalità del 20-30 %; che quando questa ha controindicazioni generali o locali, si deve praticare una delle diverse operazioni di ripiego allo scopo proposte. Analizzando queste ultime trova poco promettenti la *omentopessia*, la *splenopessia*, la *legatura della splenica*, e più raccomandabili la *splenocleisi* e la *exosplenopessia*.

Superiore ad entrambe però crede l'intervento, che l'O. propone col nome di *exosplenolisi* e che consiste nel praticare una larga *exosplenopessi* e nel distruggere poscia in più sedute la milza esposta o col termocauterio, o colla termocoagulazione o con altri mezzi fisici analoghi. Riassumendo quindi nei casi in cui le *cure incruente* falliscono, si deve praticare la *splenectomia*, e, se questa è controindicata, la *exosplenolisi*, la quale può essere usata in tutti i casi, anche con anestesia locale, non presenta alcuna gravità e drena all'esterno la massima parte dei veleni cirrogeni ed anemizzanti.

Dei risultati con essa ottenuti parlerà nella comunicazione seguente.

G. Parlavecchio. *Due casi di splenomegalie primitive, curati con un nuovo intervento (exosplenolisi).* Nel 1° trattavasi di un giovane di 33 anni, sofferente sin dalla nascita di *morbo di Gaucher:* milza enorme, aderentissima, stato generale profondamente defedato, assoluta incapacità al lavoro, frequenti e copiose enterorragie. La *splenectomia* risultò inattuabile per le gravi aderenze e la forte emorragia prodotta dal tentativo di distaccarle; si praticò perciò la *exosplenolisi*, la quale ben presto produsse notevole miglioramento generale e locale. Per affrettare la guarigione, dopo tre mesi, sotto anestesia locale, si praticò un nuovo intervento identico sulla porzione superiore esterna dell'organo. In meno di 5 mesi la guarigione poteva considerarsi quasi completa.

L'infermo potè lavorare ed anche emigrare, e, riveduto dopo due anni, stava completamente bene.

Nell'altro caso si trattava d'una giovinetta di 17 anni, affetta da *ittero cronico emolitico splenomegalico*, tipo Hayem-Widal, datante da 4 anni. Condizioni generali gravi, ittero intenso, urobilinuria senza bilirubinuria, fegato ingrossato, cistifellea distesa con vie biliari libere, poco liquido nel peritoneo, milza enorme aderentissima. In primo si praticò colecistostomia: la bile conteneva colibacillo in cultura pura. Il drenaggio biliare produsse diminuzione transitoria dell' ittero, ma il volume del fegato e della milza si ridussero. Dopo un mese tentò la splenectomia, ma una grave emorragia emofiliaca della ferita parietale la rese impossibile. Questa emorragia durò 4 giorni e si arrestò solo col siero antidifterico. La ferita laparotomica venne utilizzata per la exosplenolisi, la quale in circa 5 mesi produsse notevole impiccolimento del fegato e della milza, ma non influenzò l'ittero.

La cura non potè essere continuata perchè l'inferma volle ritornare al paese, dove morì, sembra, per emorragia interna emofiliaca.

G. DONZELLO.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche

Seduta del 17 gennaio 1912.

Lavermicocca A. *Ileocoxometro.* — L'G. dimostra il principio sul quale sono fondati gli strumenti di misurazione per livellazione maggiormente in uso e fa notare come la misura che essi possono dare non risponda a senso pratico, richiedendo, per ogni singolo caso, un calcolo trigonometrico che ci precisi il valore effettivo del dislivello che interessa sapere. Espone invece un principio semplicissimo ed assai evidente, sul quale ha creduto di costruire l'apparecchio che presenta e che denomina « ileocoxometro ». Questo strumento, di costruzione molto semplice, permette di stabilire prontamente e con tutta precisione l'eventuale dislivello di due punti simmetrici dell'organismo e di leggerne a prima vista il valore.

Lo denomina « ileocoxometro » perchè trova la maggiore sua indicazione nelle misurazioni del bacino e dell'anca. A mezzo, però, di pezzi di facile ricambio, è possibile del pari l'applicazione per la misura di differenze di livello di altre parti simmetriche del corpo: come pure a misurare — a dorso curvo — la differenza di sporgenza delle coste, causata dalla torsione della colonna vertebrale nella scoliosi e a contribuire nellu diagnosi differenziale delle varie affezioni che possono colpire lo scheletro, danneggiandolo nella sua armonia e nelle sue funzioni statiche.

Un'importante applicazione dell'«ileocoxometro» è quella di poter stabilire nell'anchilosi dell'anca, anche quando l'ammalato è a letto, il dislivello che il bacino avrebbe se si potesse effettuare a stazione eretta.

Conclude col fare rilevare la precisione, la semplicità e la praticità del suo strumento, in rapporto alla importanza delle misurazioni per livellazione, alle quali si deve attribuire particolare riguardo per il valore statico che esse ci possono fornire. C.-B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Vita autonoma di apparati viscerali separati dall'organismo, secondo le nuove esperienze di A. Carrel.

Pozzi comunicava di recente all'Accademia di Medicina di Parigi (nella seduta del 7 gennaio 1913) alcune belle esperienze di A. Carrel sulla possibilità di sopravvivenza dell'intero sistema circolatorio e digestivo staccato dall'organismo.

La tecnica è la seguente:

Ad un gatto sotto anestesia eterea, previa disinfezione scrupolosa della pelle del collo, del torace, dell'addome, con una conveniente incisione, si lega e si taglia asetticamente l'esofago.

Si seziona la trachea e si pratica la respirazione artificiale secondo il metodo di Melzer ed Auer. Si apre l'addome: si legano l'aorta e la vena cava e si tagliano vicino alla biforcazione.

Si asporta asetticamente l'intestino tenue, si sezionano gli ureteri; quindi si legano e si sezionano tutte le branche posteriori dell'aorta e della vena cava, e si isolano completamente i visceri addominali dalla parete addominale, i quali restano così riuniti all'animale da un peduncolo composto dall'aorta e dalla vena cava: si apre la cavità toracica; il diaframma è separato dalla parete costale. Le arterie innominate, la vena cava superiore e la vena azigos sono legate e tagliate. L'animale muore: si tagliano i nervi vago, simpatico e frenico, si tagliano tutte le branche posteriori dell'aorta toracica; le pulsazioni del cuore sono generalmente deboli e la pressione arteriosa bassa. A questo punto, *in toto*, dal cadavere dell'animale, si estirpano tutti i visceri toracici ed addominali uniti dai vasi sanguigni e si tuffano in una soluzione di Ringer a temperatura di 38°; la pulsazione del cuore è a questo momento debole e l'aspetto degli organi molto anemico; in capo a pochi minuti, la pressione sanguigna si eleva e diviene presso che normale; se si pratica una trasfusione di sangue d'un altro gatto i polmoni divengono rosei, la pressione sanguigna si eleva e il cuore batte regolarmente da 120 a 150 volte al minuto, le pulsazioni dell'aorta divengono violente, si possono vedere e sentire le pulsazioni delle arterie gastriche, splenica, renali, ovariche; si vedono contrazioni peristaltiche dello stomaco e dell'intestino, i visceri sembrano normali.

Si colloca il sistema viscerale in un vaso pieno di soluzione di Ringer, si copre con sottile seta del Giappone e si protegge con una lastra di vetro; il tubo tracheale è fissato ad un'apertura praticata nella parete del vaso, un tubo è fissato all'esofago, sì da potere iniettare nello stomaco acqua o alimenti.

L'estremo intestinale è attirato fuori e si pratica un ano artificiale, quindi il vaso è messo in termostato a 38°. I visceri vivono in tali condizioni d'una vita apparentemente normale. Le pulsazioni del cuore sono forti e regolari, la circolazione normale, l'intestino mostra contrazioni peristaltiche e si vuota per l'ano artificiale. Se l'intestino è vuoto, si elimina bile e muco intestinale; in un'esperienza in cui lo stomaco dell'animale era pieno di carne al momento della morte dell'animale, si continua nelle ore successive una digestione normale.

In qualche caso gli organi morirono dopo tre o quattro ore, la maggior parte però sopravvivono attivamente per 10, 11, 12, fino a 13 ore dalla morte dell'animale; insorge qualche irregolarità nelle pulsazioni del cuore che divengono più lievi, poi il cuore si arresta quasi improvvisamente.

Tali risultati ottenuti finora di una vita autonoma non di un organo ma di intieri sistemi, non con circolazione artificiale ma con circolo sanguigno proprio, e con ossigenazione polmonare, questa vita d'un assieme di organi riportano una parte della vita degli animali superiori a quella d'un invertebrato.

La durata della vita di questi organi uniti per il sistema circolatorio ma separati dall'organismo e dal sistema nervoso centrale offre un grande interesse per la dimostrazione sperimentale dell'indipendenza tra vita vegetativa e vita di relazione.

t. p.

DIAGNOSTICA.

Cardiospasmo e ulcera dello stomaco.

Della questione si occupa Heyrovscy sulla *Wiener klin. Woch.*, n. 38, 1912. Col nome di cardiospasmo si intende generalmente un crampo della muscolatura del tratto inferiore delle vie alimentari; il cardiospasmo può essere idiopatico o sintomatico, acuto o cronico. Il cardiospasmo acuto compare improvvisamente e improvvisamente scompare; quello cronico, con remittenze e intermittenze, dura lungo tempo e ordinariamente finisce con una dilatazione diffusa delle vie alimentari.

Il cardiospasmo senza dilatazione è facile a diagnosticare; il paziente stesso definisce la malattia come un disturbo della deglutizione e indica con discreta approssimazione la sede dell'ostacolo. La sonda urta contro l'ostacolo; il disturbo della deglutizione cessa prontamente dopo un'iniezione di gr. 0.001 di atropina. Lo scambio con una stenosi organica si può evitare, se si tien conto della variabilità dei disturbi e della permeabilità del cardias.

Il cardiospasmo con dilatazione, al contrario, da frequentemente occasione a errori diagnostici. Questa malattia viene spesso ritenuta come una affezione gastrica. Spesso, essendo stata ammessa una stenosi pilorica, fu eseguita una gastro-enterostomia. La diagnosi è difficile, perchè i malati vomitano parecchie ore dopo il pasto e, se si introduce una sonda, essa si incurva nell'esofago.

È importante per la diagnosi l'esame chimico delle masse estratte. In esse non si trova acido cloridrico libero, ma acido lattico e fermenti della saliva. Tuttavia di regola qualche volta vi si può trovare dell'acido cloridrico libero, dipendente non totalmente da contenuto gastrico rigurgitato nell'esofago, ma anche dalla secrezione di isolotti di mucosa gastrica aberrati nell'esofago, fatto raro, ma tuttavia certamente constatato. In questi casi la diagnosi non può essere accertata che con lo esame radiologico.

Anche questo esame, se non è più volte ripetuto, è insufficiente a far evitare l'errore, se si tratta di cardiospasmo intermittente.

Le difficoltà diagnostiche non sono ancora esaurite: vi sono dei casi nei quali coesiste con il cardiospasmo un'ulcera dello stomaco. In tali casi l'uno o l'altra possono rimanere sconosciute. L'A. ha trovato questa concomitanza nel 36 % dei casi osservati nella Clinica di Hochenegg e casi simili sono stati osservati da Mikulicz e da von Hölder.

Probabilmente non si tratta di una semplice coincidenza, ma le due malattie hanno una certa coordinazione patogenetica. Secondo le osservazioni di Eppinger e Hess, gli individui che hanno un tono elevato del sistema nervoso automatico reagiscono agli stimoli prodotti da una ulcera gastrica in modo molto più intenso degli individui normali, poichè lo stimolo locale che parte dall'ulcera si irradia prima di tutto lungo il vago che è facilmente eccitabile e si rende manifesto in tutto il territorio del vago. In questo senso, secondo i predetti autori, si deve spiegare la bradicardia osservata da Neusser nell'ulcera dello stomaco. Ammesso ciò, la coincidenza del cardiospasmo e dell'ulcera in un individuo con vago facilmente eccitabile sarebbe facile a comprendere. Effettivamente in quasi tutti i pazienti osservati dall'A. si potè dimostrare un aumento del tono del sistema automatico.

Un'altra spiegazione è possibile se si ammette che l'ulcera dello stomaco sia di origine nervosa. Allora tanto l'ulcera, quanto il cardiospasmo potrebbero essere attribuiti alla stessa cagione: cioè a una malattia del nervo vago. Nel cardiospasmo cronico fu più volte osservata una neurite del vago; d'altra parte è noto che sperimentalmente si è potuto ottenere l'ulcera dello stomaco stimolando o sezionando il vago e infine si è più volte constatata l'ulcera gastrica in tabetici affetti o non da crisi gastriche.

EGIDI

Crisi tabiche, ulcera dello stomaco e nervo vago.

Dopochè Exner propose di eseguire la sezione bilaterale dei nervi vaghi nelle crisi gastriche dei tabetici, furono eseguite nella II Clinica chimica-chirurgica di Vienna numerose laparotomie per crisi tabetiche e si ebbe qualche volta la sorpresa di constatare che gli individui affetti da crisi presentavano nello stomaco delle cicatrici da ulcera o delle vere ulcere in atto. (Exner e Schwarzmann, *Wiener klin. Woch.*, n. 38, 1912), hanno voluto esaminare anche i protocolli delle autopsie dell'Istituto anatomo-patologico di Vienna e hanno trovato che su 75 tabetici, sezionati nel corso degli ultimi 9 anni, 5 erano affetti da ulcera dello stomaco e 3 da cancro. Ricercate le storie cliniche, si trovò che 4 dei pazienti affetti da ulcera e tutti 3 quelli affetti da cancro avevano sofferto crisi gastriche. I casi operati dagli A. A. sono 10 e tra questi 6 presentavano nello stomaco alterazioni organiche (ulcere, cicatrici da ulcere). I pezzi di nervo vago escissi e studiati istologicamente apparvero gravemente malati e le alterazioni presentate erano identiche a quelle descritte da Exner nei vaghi degli individui affetti da crisi tabiche.

La frequente coincidenza delle crisi con l'ulcera dello stomaco non deve dunque essere ritenuta accidentale e probabilmente bisogna mettere in rapporto l'ulcera con la malattia dei nervi vaghi, tanto più che sezionando nei conigli i vaghi addominali si può quasi con certezza produrre un'ulcera dello stomaco. EGIDI.

TERAPIA.

I non-sensi terapeutici.

Non sempre il medico è bene ispirato nelle sue prescrizioni terapeutiche.

Alle volte, sollecitato dalla fretta, improvvisa una formola che di solito risulta complicata ed assurda.

Più spesso preferisce di affidarsi ad un prontuario, ad un trattato, ad un periodico; accetta ciecamente le formole che vi trova consegnate ed accreditate; non le vaglia, non le discute, non le analizza, non esercita su di esse le sue facoltà critiche e discriminative.

Molte di quelle formole sono state elaborate da grandi maestri della medicina e si tramandano di trattato in trattato, si ripetono di formulario in formulario, si ricopiano di giornale in giornale, all'infinito: divengono classiche; ma non per questo sono esenti da mende; spesso anzi, esaminate spassionatamente, si dimostrano manchevolissime.

Della interessante questione si è occupato a più riprese il « Journal of the American Medical Association », richiamandovi l'attenzione dei medici americani.

Vorremmo indurre anche i nostri medici ad assoggettare ad un'analisi diligente le formole terapeutiche prima di accettarle, anche se sottoscritte da clinici di grande abilità e di grande reputazione.

Addurremo alcuni esempi relativi alla *cura dell'ulcera gastrica.*

***

Cominciamo col prendere in esame una prescrizione attribuita a Trousseau:

Extracti belladonnae
Foliorum belladonnae, ana g. 33.
Extracti gentianae, q. s.
Misce; fiant pilulae N° XXX.
S.: una pillola prima di colazione. Aumentare lentamente fino a cinque pillole.

Osservazioni. — Prescrivere insieme l'estratto secco e le foglie polverizzate è, quanto meno, superfluo, poichè l'estratto si ottiene dalle foglie o dalle radici e le foglie agiscono solo in quanto contengono l'estratto.

La belladonna esercita la sua azione terapeutica grazie all'atropina; gli altri principii definiti (quali l'atropamina) sono fuori discussione. L'atropina ottunde la sensibilità dello stomaco, calma lo spasmo pilorico e riduce la secrezione gastrica.

I migliori risultati si ottengono quando questo alcaloide viene assorbito rapidamente, così da produrre la massima « carica » terapeutica nell'organismo.

Invece la forma di somministrazione scelta da Trousseau rende molto pigro l'assorbimento: infatti le pillole debbono prima essere disgregate, dopo di che l'estratto che esse contengono deve essere dissolto dai succhi intestinali; ancora più lentamente le foglie cedono il principio di cui sono impregnate.

Si tratta dunque di una forma di somministrazione irrazionale.

Essa risponde imperfettamente anche sotto un altro riguardo. E cioè, nell'allestire le pillole è facilissimo, è quasi inevitabile, che si produca una distribuzione inomogenea della parte attiva nell'eccipiente: il dosaggio risulta quindi incerto. Per medicinali così attivi un dosaggio incerto è inescusabile.

L'indicazione di *aumentare lentamente* la dose da 1 a 5 pillole denota l'intento di graduare l'azione del rimedio, fino alla tolleranza; ma l'incertezza del dosaggio rende impossibile questa graduazione.

Si noti infine che l'estratto e le foglie di belladonna non posseggono un'azione terapeutica costante, perchè varia il loro contenuto di atropina; quindi il dosaggio risulta ancora più malfido.

Non comprendiamo che cosa stia a fare l'estratto di genziana nella prescrizione di Trousseau.

Evidentemente si tratta di un menstruo, di un veicolo, di un eccipiente, poichè nessuna azione terapeutica può essere richiesta alla genziana nell'ulcera gastrica. Come tutti gli amari, la genziana rende più attiva la secrezione gastrica: è questa un'azione perfettamente contraria a quella desiderata, a quella che viene prodotta dalla belladonna!

Del resto, nessun'azione potrebbe mai ottenersi dalla genziana usata in forma pillolare.

Sarebbe valso assai meglio rimettersi al buon senso ed all'esperienza del farmacista, piuttosto che ordinare l'estratto di genziana.

In linea generale, non conviene prescrivere un estratto officinale qualsiasi come semplice eccipiente: è questione di senso comune.

***

Facciamo seguire una formola attribuita a Cohnheim:

Tinturae belladonnae . . . cmc. 5
Olei amygdalae dulcis (olei amygdalae expressi) . . » 30
Vitellum ovi unius.
Aquam destillatam ad . . » 200
Misce; fiat emulsum.
S.: due cucchiai da tè, tre volte al giorno.

Osservazioni. — La forma d'emulsione non si presta molto meglio di quella pillolare al dosaggio, poichè l'emulsione si mantiene difficilmente omogenea: le particelle più grandi di grasso salgono negli strati superiori e alterano la distribuzione.

Nessun medicinale attivo dovrebbe essere somministrato sotto questa forma, a meno che l'emulsione non sia stabilmente omogeneizzata.

L'uso dell'olio di mandorle dolci non si spiega. Certo, non è mai stato uno specifico per la cura dell'ulcera gastrica.

Qualunque grasso è bensì in grado di ridurre la secrezione gastrica, ma purchè venga ingerito in dose piuttosto alta. In quella tenuissima quantità (1 grammo circa per cucchiaino) l'olio di mandorle non può, davvero, servire a nessuno scopo.

Il tuorlo d'uovo è destinato evidentemente a far emulsionare meglio l'olio. Ma si pensa con disgusto e con raccapriccio al materiale putrescente cui deve dare origine, man mano che il consumo dell'emulsione procede fino al completo esaurimento (nelle dosi indicate l'emulsione deve durare parecchi giorni!).

***

Quest'altra prescrizione è attribuita a Elsner:

Extracti belladonnae	gm.	1
Sodii bicarbonatis	ana gm.	100
Magnesii phosphatis . . .		

Misce. S.: un cucchiaino da tè tre volte al giorno.

Osservazioni. — Per queste polveri valgono all'incirca le stesse osservazioni già fatte in precedenza sulla scarsa omogeneità del preparato e sulla difficoltà e lentezza di assorbimento.

Il fosfato di magnesia è un prodotto sulla cui attività non conosciamo quasi nulla. Viene prescritto pochissime volte. Perchè l'A. vi ricorre?

Evidentemente egli intende valersene contro la iperacidità; ma nulla induce a credere che possa essere di qualche benefizio in questo senso.

***

Nelle due formole che ora riporteremo la belladonna è stata abolita.

La prescrizione seguente viene accreditata a Ewald:

Magnesiae ustae		
Sodii carbonatis	ana gm.	3
Potassii carbonatis		
Sacchari lactis	»	25
Pulveris radicis rhei	»	10

Misce. S.: mezzo cucchiaino ogni ora.

Osservazioni. — Non v'è nessuna differenza farmaco-dinamica tra il carbonato di sodio e quello di potassio; quindi non si spiega perchè vengano prescritti tutti e due, a meno che non sia... per far lavorare il farmacista.

L'uno e l'altro sono irritanti per lo stomaco (poichè i metalli alcalini, fortemente caustici, non vi sono completamente saturati dall'acido carbonico). Questo inconveniente si sarebbe evitato qualora l'A. avesse prescritto al loro posto il bicarbonato di sodio, che è uno dei medicinali più innocui e che neutralizza egualmente bene l'eccesso di acidità. Non si spiega perchè l'A. non abbia prescritto il bicarbonato di sodio, se non forse perchè... si tratta di un medicinale comune.

La radice di rabarbaro è molto sgradevole per qualunque persona. Nessun'azione utile essa può esercitare, nel senso di ridurre la secrezione gastrica. Anzi, come tutti gli amari, deve stimolare l'attività secretoria dello stomaco. Forse l'A. ha voluto ottenere soltanto un'azione lassativa; ma in questo caso avrebbe potuto somministrare un altro lassativo più idoneo.

Gli zuccheri non dovrebbero essere nè somministrati nè concessi ai malati d'ulcera gastrica, perchè vanno soggetti a fermentazione acida e quindi accrescono l'acidità. Questa considerazione vale anche per lo zucchero di latte, in specie per quello chimicamente non puro che viene fornito nelle farmacie (è più fermentiscibile di quello chimicamente puro).

Una sola azione favorevole potremmo attenderci dalla complessa formola di Ewald: la mite alcalinizzazione prodotta dalla magnesia calcinata; ma essa viene certamente sopraffatta e frustata dall'azione dannosa degli altri ingredienti.

Mezzo cucchiaino della miscela ogni ora, senza limitazioni di sorta, è certo un'indicazione imperfetta.

***

Un progresso sensibile sulla formola precedente è segnata da quest'altra, dovuta a Matthes:

Infusi radicis rhei	cmc.	150
Sodii bicarbonatis	gm.	6
Olei menthae piperitae . . .	»	3

Misce. S.: un cucchiaino due volte al giorno.

Osservazioni. — Si può ripetere la stessa obbiezione già formulata in precedenza per quanto concerne il rabarbaro: un infuso di rabarbaro è troppo sgradevole e non può esercitare nessuna azione utile sulla secrezione gastrica nè sul decorso della lesione: agisce unicamente come un lassativo amaro.

L'olio essenziale di menta peperita non dovrebbe, teoricamente almeno, essere somministrato nell'ulcera gastrica poichè non può che stimolare la secrezione, anche ammettendo che, ap-

plicato sull'ulcera, possa accelerarne la cicatrizzazione, la qual cosa dev'essere ancora dimostrata.

Se mai, converrebbe prescrivere invece l'alcoolato di menta, poichè l'essenza non si scioglie in un liquido acquoso.

La sola azione utile che possiamo sicuramente ottenere da questa formola è l'alcalinizzazione prodotta dal bicarbonato sodico.

L'indicazione « due volte al giorno », senza specificazione del tempo — in rapporto ai pasti, alle crisi dolorose, alla peristalsi intestinale provocata dal rabarbaro — è troppo vaga.

Del resto si sarà notato che anche nelle ricette precedenti la *instructio* lascia alquanto a desiderare.

***

Per la cura dell'ulcera gastrica l'azione alcalinizzante può ottenersi nel modo più semplice mediante il bicarbonato sodico o, meglio, mediante il latte di magnesia che presenta il vantaggio di non determinare sviluppo di gas.

L'azione antispasmodica può ottenersi nel modo più semplice usando la tintura di belladonna o, meglio, usando una soluzione di atropina che consente un dosaggio rigoroso.

Se al primo di questi trattamenti volesse associarsi il secondo, basterebbe prescriverli l'uno e l'altro (per es. latte di magnesia *per os* e soluzione di solfato neutro atropina per via ipodermica): non occorre una prescrizione unica.

***

Quanto abbiamo detto nelle brevi linee che precedono convalida sempre meglio la superiorità delle formole semplici, ridotte ad un solo farmaco od a pochi similari, e fa apprezzare sempre meglio il vecchio aforisma di Guido Baccelli:

« Il medico deve fuggire la polifarmacia come il suo peggiore nemico ».

L. VERNEY.

IGIENE

Igiene o educazione morale?

È nota ai nostri lettori la questione delle « Casette popolari » recentemente costruite in Roma. Per togliere alla nostra città il pericolo e la vergogna di numerosissime abitazioni-baracche, costruite con i materiali tolti dai carri delle immondezze (latte di petrolio, avanzi di scatole di legno, ecc.) e sorte nella vicinanza immediata della città, l'Amministrazione municipale escogitò vari provvedimenti. Il sistema più ovvio era, naturalmente, quello di costruire nuovi grandi fabbricati, semplici ed economici; e tale sistema fu da molti sostenuto. L'assessore Rossi-Doria invece sostenne l'idea, già posta in opera in molte altre grandi città, di fabbricare tante piccole casette sufficienti ognuna per una sola famiglia.

Prescindendo dalla questione economica, è evidente che, dal punto di vista dell'igiene e della moralità, le casette singole sono certamente da preferire. Difatti il godimento di una casa, sia anche molto piccola e della massima semplicità, ma destinata soltanto alla propria famiglia, l'abolizione dei grandi casermoni, covo e centro di immoralità, la possibilità di dare un pezzettino di terreno sia anche piccolissimo, per coltivarvi erbe o fiori, sembravano ragioni sufficienti per far nascere l'amore alla propria abitazione, e per sviluppare sentimenti più civili nei disgraziati trogloditi ed abitatori di baracche ai quali le casette in quest'ora venivano destinate. Il progetto Rossi-Doria fu approvato.

L'area scelta per le costruzioni trovasi fuori porta Metronia, fra porta San Giovanni e porta Latina, in una specie di vallata o piuttosto in un abbassamento a conca del terreno. E questo è il difetto d'origine al quale non è possibile porre un riparo. L'umidità proveniente dalle acque che scorrono o che ristagnano allo scoperto e di quelle del sottosuolo è tale che, pur essendo le casette di materiale in parte impermeabile e ben ventilate, rende queste immensamente umide. Con adatti lavori di drenaggio e di convogliamento delle acque si potrebbe però, se non in tutto, almeno in buona parte, portare un miglioramento in tale stato di cose.

Le costruzioni consistono in 35 padiglioni a piano terra, parte in ferro-cemento e parte in muratura. Il terreno sopra al quale si è costruito non presenta una superficie piana, è molto irregolare ed è costituito da materiali di scarico e da veri strati di immondezza. Sopra un terreno siffatto è stato versato uno strato di qualche centimetro di cemento e su questo si sono alzate le pareti dei padiglioni.

Dal punto di vista statico, la cosa sembra che vada bene; il peso delle mura e dei tetti è piccolo e le costruzioni si reggono: non tutte però, perchè alcune abitazioni, per la fermentazione delle immondizie del terreno sottostante, sono state scosse e quasi sollevate come per l'azione di un terremoto. Naturalmente queste casette sono state abbandonate: la grande maggioranza però si regge e non fanno neanche molto cattiva impressione.

I 35 padiglioni sono divisi internamente in 500 appartamentini di 1, 2 e 3 vani ciascuno. Ogni appartamentino ha il cesso con sifone ed una sufficiente dotazione di acqua. Le camere hanno altezza e luce sufficiente e sulle mura, in pa-

recchi ambienti da me visitati, non osservasi traccia di umidità.

Considerando perciò le abitazioni per se stesse, senza guardare il terreno sul quale sono costruite, un igienista non trova realmente molto da dire. Naturalmente si tratta di abitazioni per la classe più povera e nelle quali le esigenze sono ridotte ai minimi termini.

Qui però occorre osservare che, se può essere adatta per un povero un'abitazione così elementare, non è davvero adatta la pigione; lire 9.75 mensili per ogni vano, considerando come vano anche la cucina!

Le osservazioni di indole igienica più gravi sono al difuori delle abitazioni e non solo per ciò che riguarda la località prescelta, ma per le strade; o per dir meglio, per quei tratti di terreno che esistono fra un padiglione e l'altro, perchè le strade veramente non esistono. Chi ha costruito i padiglioni ha creduto di provvedere alle strade facendo due cunette in cemento lungo i padiglioni stessi e destinate a raccogliere le acque piovane: non ha affatto pensato (proprio non ci avrà pensato?) a consolidare il fondo stradale. Che cosa è avvenuto? Essendo il terreno costituito da mariale di scarico e da immondezza, sono bastate un po' di pioggie ed il transito degli indigeni per farlo abbassare ed ora si vede il fatto umoristico delle due cunette che, essendo destinate a raccogliere le acque che cadono sulla strada, trovansi circa un mezzo metro più alte di questa! Come conseguenza evidente le cosidette strade sono ridotte paludi.

Anche questo però è un inconveniente al quale non è difficile porre riparo, bastando naturalmente una proporzionale quantità di pietrisco o di altro materiale adatto per riportare il livello stradale alle altezze volute.

In conclusione, le numerose ed acerbe critiche tanto spesso ripetute contro queste povere casette non sono, secondo me, giustificate altro che per l'insufficiente canalizzazione delle acque nei dintorni e per l'abbandono della manutenzione stradale. Quanto al resto, pur ammettendo che le condizioni non sono ideali, io mi domando: quanti comuni delle belle provincie d'Italia le hanno migliori? Eppure in questi comuni la vita si svolge sana, le famiglie sono prosperose ed i figliuoli crescono robusti ed utili a sè ed alla patria.

Ecco quello che, a mio modo di vedere, è veramente il punto più grave della questione. Quale è lo stato delle famiglie abitanti in queste casette? Che cosa saranno domani quei bambini sguazzanti durante il giorno in quel brago ed ammassati nella notte in 4-5 sopra letti forse di esso non meno sudici? Per dare una risposta a tali domande credo sufficiente descrivere ciò che ho veduto in tre di quelle casette, nelle quali accidentalmente mi sono affacciato e dove sono stato invitato ad entrare.

Nella prima (notisi che erano le 10 ant. di un giorno non festivo) ho trovato un uomo di circa 30 anni colla moglie ed un bambino. Ho domandato all'uomo se fosse disoccupato. Mi ha risposto: No, lavoro; ma oggi non potevo!

Nella seconda vi era un uomo di forse 55 anni colla moglie e 7 figli, dei quali uno di circa 20 anni ben vestito e benissimo pettinato; gli altri, bambini. Anche qui ho domandato perchè non erano al lavoro. Il padre ed il figlio mi hanno risposto che lavorano in casa! Notisi che la casa, dove vivono in 9 persone, è costituita da una camera ed una cucina! È vero che sopra ad un tavolo vi erano un paio di pinze, una tenaglia ed alcune molle rotte.

Nella terza casetta dove sono entrato mi sono subito venuti incontro due giovanotti vestiti non elegantemente, ma con molta ricercatezza e perfettamente rasati ed incipriati. Non mi è sembrato necessario ripetere ad essi la solita domanda. Il loro genere di lavoro è facile immaginarlo.

Quando ora pensiamo che nelle 1600 camere nelle quali sono divisi i 35 padiglioni vivono circa 8000 persone, cioè 5 in media per ogni camera, non possiamo non tremare nel formularci quel secondo quesito: che cosa saranno domani quei bambini?

S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(77). *Per sopprimere la secrezione lattea.* — Le sarei molto grato se volesse indicarmi un mezzo sicuro ed innocuo per fare scomparire il latte alle puerpere che per qualsiasi ragione non allattino il neonato. Con stima.

Casale d'Elsa. Dott. D. P.

La secrezione lattea cessa spontaneamente quando il bambino non viene più attaccato al seno. Per affrettare la diminuzione e la cessazione della secrezione è utile che la nutrice diminuisca la quantità dei liquidi ingeriti e che esegua una compressione con ovatta sulle mammelle. Contemporaneamente prenderà un purgante salino.

Esistono parecchi altri mezzi per favorire la scomparsa del latte, quali l'uso interno della menta, della canfora (60 centigrammi di canfora al giorno in 3 cachets), dell'antipirina (due grammi al giorno in 8 cachets). Da alcuni è stata usata anche l'applicazione sulle mammelle di una pomata di cocaina al 0.50 %, ecc. Ma questi mezzi oggi sono poco adoperati. M. F.

(78) *Soffio sistolico transitorio.* — Sarei oltremodo obbligato se volesse darmi, nella « Posta degli abbonati », delle delucidazioni su quanto sto domandandole.

Ho avuto occasione di notare in un individuo sessantenne, affetto da nevrastenia grave ed in cui potevansi escludere anemia (è stato fatto l'esame del sangue) e vizi organici di cuore, un soffio dolce, sistolico, udibile specie sulla base e propagantesi su tutti i focolai, ad eccezione della punta, avente tutti i caratteri che offrono tali modificazioni di suono negli anemici e che in una seconda osservazione praticata alla distanza di soli 8 o 10 giorni, trovai affatto scomparso.

Tale segno, che come ho detto non è da attribuirsi a stato anemico, è facile a riscontrarsi nei nevrastenici? Se ne trovano descrizioni nella letteratura come sintomi funzionali dipendenti dalla nevrastenia stessa? E come se ne spiegherebbe la patogenesi?

Sperando di poter leggere presto la risposta, con vivi anticipati ringraziamenti.

Montaione. Dev.mo *Abb. n.* 7754.

Rispondiamo in tesi generale, facendo astrazione dal caso specifico.

Il rumore dolce sistolico udibile alla base del cuore in un uomo di sessant'anni, avrebbe dovuto far pensare subito ad un'alterazione arteriosclerotica dell'aorta. Senonchè la scomparsa del rumore dopo pochi giorni depone per l'accidentalità del rumore stesso. Trattandosi di uno stato neurastenico, nessuna meraviglia che il soffio sistolico sia stato in rapporto con rapide contrazioni del ventricolo, in un periodo transitorio di azione cardiaca eccitata ed accelerata. Non è caratteristico il fenomeno nei neurastenici, ma può in essi verificarsi come in tutti gli individui che vanno soggetti a rapide e transitorie mutazioni dell'azione cardiaca. *t. p.*

(79) *Iniezioni alla Durante ai bambini.* — Il dott. Giovanni Bonfiglio da Lentini (Siracusa) scrive:

« Prego farmi sapere nella posta degli abbonati se ad una bambina di anni 6 affetta da tubercolosi ossea posso fare senza nocumenti di sorta le iniezioni di iodio (½ ctgm.) Durante-Ciaburri nei riguardi dell'analgesico che contengono ».

Se si tratta d'iniezioni generali, a distanza dal focolaio, è preferibile cominciare da un quarto di centigrammo, onde saggiare la resistenza della bambina e nel caso favorevole elevare la dose, dopo qualche tempo, a mezzo ctgm. Se poi si tratta d'iniezioni nel focolaio tubercolare, basteranno 4-5 goccie per volta, della soluzione 1 %, osservando sempre le norme generali prescritte per simili casi. T. F.

(80). *Regime declorurato.* — Desidererei avere per mezzo della « Posta degli abbonati » una tabella di regime declorurato che possa anche essere in parte accetto all'ammalato.

Tante grazie e saluti.

Dott. Ottorino Bertoglio
abbonato n. 6197 ».

Siamo spiacenti non poterle indicare nelle poche righe concesse alla Posta degli abbonati una tabella di regime declorurato: troverà una ricca esposizione del modo di preparare vivande senza sale gradite agli ammalati in tutti i trattati di dietetica, tra cui le citerò quelli del Leyden, dello Strauss e soprattutto quello di Matthes-Jaworska.

A. F.

(81) *Istituti per deficienti.* — Prego vivamente volermi indicare se, dove e quali Istituti di educazione e rieducazione esistono in Italia, pei deficienti nati, o per deficienti divenuti tali in seguito a malattie del cervello, p. es., meningo-tifo, meningite, encefalite, ecc. ecc.

Ringrazio infinitamente e invio tanti saluti.

BIDOLI dott. LORENZO.

Pordenone (Udine).

In tutti i manicomi esistono « sezioni » dove internare deficienti, sia congeniti, sia divenuti tali dopo la nascita. D'istituti privati a pensioni moderatissime, ci sono: quello di Bertalia (Bologna), quello di Firenze, ecc. Un istituto per persone di agiata condizione è quello di *Villa Amalia*, in Roma, diretto dal prof. Sante De Sanctis.

S. A.

(82) *Intolleranza per gli ioduri.* — Profitto della gentile rubrica « Posta degli abbonati », per rivolgere una domanda:

Non posso ingerire neppure una goccia di un qualsiasi joduro, perchè dopo un'ora circa si verifica in me ipertrofia cospicua di una parotide o di tutt'e due. Ho provato pure tutte le formule per via ipodermica nè ho potuto evitare l'inconveniente. Potrebbesi darmi un consiglio? Vivamente ringrazio.

Dott. D. ROMEI.

V'ha chi sostiene che non vi siano veri casi di intolleranza per minime dosi di ioduri, purchè questi siano puri (Rossbach e Nothnagel), purchè si curi con diligenza l'igiene della pelle e della bocca; v'ha chi ha consigliato i più svariati rimedi contro lo jodismo (bicarbonato sodico 4-5 gm. al giorno, belladonna, bromuro potassico) assicurando che, epicraticamente presi, in molta quantità di acqua o di bevanda qualsiasi, durante la giornata, e conservando scupolosa pulizia delle mucose, si possano evitare i fastidi della eli-

minazione jodica; a chi però abbia anche non larga esperienza di malati, sarà certo occorso di trovarsi davanti a vere intolleranze come quella da lei accusata; *credo sia meglio rinunziare allo joduro*, tanto più che nessuna malattia v'ha in cui la cura dello joduro abbia un'*indicazione stretta o vitale*. *t. p.*

(83). *Pro «Rassegna della stampa medica»*. — On. Redazione, Mi permetto, quale vecchio abbonato del *Policlinico*, un'osservazione: la *rassegna della stampa medica* che appare in ogni numero della sezione pratica è una cosa utilissima, ma la sua stampa ha il difetto di essere troppo uniforme, avendo caratteri uguali per il nome dell'autore citato, il periodico ed il titolo della pubblicazione, così che la sua lettura riesce oltremodo faticosa. Sarebbe invece necessario che una tal Rassegna si potesse scorrere rapidamente, quasi a colpo d'occhio, e per ottenere questo bisognerebbe che i titoli delle pubblicazioni citate fossero stampati in un carattere diverso, più spiccato di quello del resto.

Non so se cotesta on. Redazione potrà e vorrà tener conto di questa mia osservazione che io mi sono permessa, ben sapendo come sia sempre cura costante del *Policlinico* quella di accontentare i suoi abbonati e di migliorare la propria edizione.

Con distinti saluti.

Campitello di Mantova.

Dott. Cesare Nicolini.

Ha pienamente ragione. - Provvederemo prossimamente. L. P.

VARIA

I racconti di Ippocrate. — Durante una sua visita all'isola di Cos — attualmente occupata dagli italiani — il prof. Meyer-Steinez ha raccolto dalla viva voce degli abitanti — e in particolare dalla sua guida Jacobus Zarastis — parecchie leggende relative al padre della medicina e le ha consegnate nell'« Archiv für Geschichte der Medizin », 1912.

Sebbene il nome d'Ippocrate sopravviva nell'isola, legato a molte località ed a sorgive, gl'isolani, anche i più colti, posseggono scarse conoscenze sul loro illustre antenato.

Nelle leggende Ippocrate viene addirittura confuso coi santi della chiesa greca; ma, sebbene egli abbia acquistato un alone spurio di santità, la maggior parte dei suoi miracoli concernono l'arte di riconoscere e di guarire le malattie. La tradizione ha dunque rispettato i diritti da lui acquistati alla fama nel campo della medicina.

Ci limitiamo a riportare due racconti.

Un giorno Ippocrate incontrò una pastorella per la via e la salutò con le parole: « buon giorno ragazza! ». Quando tornò indietro per la stessa via la salutò di nuovo con le parole: « buon giorno donna! ». Colpito dall'arrossire della giovine, un compagno d'Ippocrate gli chiese perchè nello stesso giorno avesse cambiato il saluto. « Perchè, rispose Ippocrate, poc'anzi era una ragazza ed ora è una donna ». Stimolato nella sua curiosità, il compagno d'Ippocrate interpellò la giovine e questa confessò piangendo che era stata sedotta dal figlio del pastore. Interrogato come avesse fatto a riconoscere il fatto, Ippocrate rispose: « il portamento di una donzella differisce da quello di una donna ».

Qui Ippocrate appare come un acuto osservatore, non come un taumaturgo.

La figlia di un re si era malata da molti anni perchè aveva inghiottito dei serpenti. Il padre mandò degli araldi per il regno a proclamare che prometteva grandi regali a chi l'avrebbe guarita. Molti medici tentarono le loro arti invano. Un giovine, udendo del premio reale, rivolse ardente preghiera a Dio, a che gli facesse conoscere come guadagnarlo. Gli apparve a un tratto un vegliardo che gli disse: « Io sono Ippocrate. Dio ascolta tutti, ma non tutti ascoltano Dio Egli mi manda a te per insegnarti il rimedio che domandi. Spremi dei semi di portulaca e somministrane l'olio a digiuno; a mezzogiorno i serpenti usciranno da sopra e da sotto ». Così fece quel giovine e la figlia del re venne guarita.

I serpenti ricorrono spesso nei racconti d'Ippocrate ed hanno forse avuto parte nel far scegliere l'attuale simbolo della medicina. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

B. BANDELIER e O. ROEPKE. **Die Klinik Der Tuberkulose.** 2ª ediz. 1 vol. in-8° gr., di pagine XII-641, con 10 inc. e 8 tav. Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch, 1912. Prezzo Marchi 13.50; rilegato M. 15.

A un breve intervallo dalla prima si è resa necessaria una seconda edizione di questo superbo lavoro: ciò comprova come sia stato particolarmente apprezzato dalla classe medica e come abbia risposto ad un bisogno.

L'edizione attuale è arricchita di oltre 160 pagine, le quali in massima parte sono andate a beneficio della tubercolosi polmonare. N'è risul-

tata una esposizione veramente magistrale su questa malattia; ma ne soffre alquanto l'omogeneità del lavoro.

Sono redatti *ex-novo* i capitoli concernenti la malattia di Hodgkine, la tubercolosi della cistifellea, la psiche dei tubercolotici e la tubercolosi dei psicopatici. Tutti gli altri capitoli sono rimaneggiati o ritoccati e completati.

Gli AA. trascurano alquanto, ci sembra, le osservazioni degli antichi medici, le quali pure hanno del buono. Concentrano la loro attenzione sulle indagini recenti; ma lo fanno con ponderatezza e spirito critico: ad esempio, non riconoscono valore diagnostico alla reazione di Calmette col veleno di cobra, alla reazione anafilattica di Brauer, alla prova agglutinante di Arloing e Courmont, al comportamento dell'indice opsonico, alla fissazione del complemento.

Gli AA. si dimostrano un po' nazionalisti. Ad esempio, omettono molti studi compiuti in Francia sui rapporti che intercedono tra le così dette malattie della nutrizione e la tubercolosi: in questo campo non accennano neppure alla presunta etiologia tubercolare di molti casi di obesità, questione sulla quale si è già raccolta una ricca letteratura (Poncet, Piéry, Darnezin, Arnet, Leuwine, Martin, De Fleury, ecc., hanno riconosciuto la coesistenza di tubercolosi attenuate con l'obesità; Carnot ha ottenuto l'obesità sperimentale con batteri di Koch attenuati).

Molta fiducia — forse troppa — gli AA. ripongono nella diagnosi e nella cura tubercoliniche. Rispetto alla cura, si dimostrano di un ottimismo quasi incondizionato. Certo, la tubercolinoterapia sembra efficace; ma non è un toccasana! Gli AA. richiamano nei dettagli le celebri esperienze di Koch sulle cavie; ma conviene tener presente che nessuna guarigione di cavie tubercolotiche è stata mai ottenuta per mezzo delle tubercoline. Quanto alla diagnosi, la prova cutanea, preziosa per il pediatra, è forse descritta un po' sommariamente per un libro pratico: il nostro amico Luzzatti il quale conosce così bene la questione non sanzionerebbe certo questo paragrafo.

Qualche altra lacuna ci sembra di scoprire. Ad esempio gli AA. non si soffermano sull'abito astenico di Stiller e Albu. Trascurano le critiche di Stiller all'anomalia toracica di Freund e Hart. Trascurano le obbiezioni mosse al sintoma muscolare di Pottenger; anzi ritengono che se ne otterrà un raffinamento nei nostri mezzi diagnostici. A qualche buon metodo recente di colorazione potevano forse far posto (quello di Fontes dà risultati eccellenti; riunisce lo Ziehl e il Gram). Alcuni procedimenti curativi sono stati presi in esame un po' sommariamente: ad esempio, non si accenna alle molte critiche contro il creosoto e i suoi derivati, ai presunti meccanismi con cui questi medicinali agiscono, alle conseguenze che se ne sono tratte per le modalità di somministrazione. Le pratiche idriche di Winternitz sono state omesse del tutto.

Degno di particolare rilievo ci sembra il fatto che la diagnosi differenziale è sempre analizzata con molta diligenza.

Astraendo dalle mende inevitabili in qualsiasi trattazione estesa, questo splendido lavoro è molto istruttivo ed utile. S'ispira alle indagini scientifiche più rigorose, ma ha costantemente di mira le applicazioni. Non può a meno di riuscire accetto ai medici.

Il titolo con cui agli AA. è piaciuto di denotarlo dice forse troppo in quanto che i tedeschi chiamano « Handbücher » le trattazioni complete, esaurienti, vere enciclopedie; invece questo è un lavoro riassuntivo e prevalentemente pratico: un vero modello di praticità.

Vanta già due traduzioni, in spagnuolo ed inglese. Non dubitiamo che ci sarà dato di leggerlo e di apprezzarlo anche nel nostro idioma.

L. VERNEY.

H. BARBIER. **Tubercolosi polmonare.** 1 vol. in-8 di pag. 492. Traduz. (Vol. 29°, parte II, del *Nuovo Trattato di Medicina e Chirurgia*, diretto da A. GILBERT e L. THOINOT). Unione Tipografico-editrice Torinese, 1911. L. 10.

Scopo cui l'A. tende precipuamente è far opera di clinico.

Lo spirito clinico anima tutta questa riuscitissima trattazione.

La quale, dopo una breve introduzione storica, prende brevemente in esame l'anatomia patologica, l'etiologia e la profilassi ed infine affronta lo studio clinico propriamento detto.

Questo risulta ampio, circostanziato, preciso.

L'A. considera prima le forme croniche. Egli le distingue in chiuse ed aperte. Tra le forme chiuse, contrappone quelle del periodo d'infiltrazione o germogliazione a quelle del periodo di confluenza; tra le forme aperte esamina separatamente quelle senza sintomi fisici apprezzabili e quelle con sintomi fisici manifesti.

Passa poi alle forme acute: caseosa lobare, caseosa lobulare e miliare.

In appendice si occupa delle pseudo-tubercolosi.

Il volume è stato corredato di note originali dall'esimio prof. Cavallero, che ne ha curata la traduzione.

I. T.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le specialità farmaceutiche.

Il mio articolo sulle specialità farmaceutiche, ispirato dalla bella lettera del dott. Marano di Vallecorsa, mi ha valso il consentimento di molti lettori, unico conforto (come ho già detto altre volte) di chi serive avendo per sola ispiratrice la verità. Fra diverse lettere ne ho ricevuta una dal dott. Ottavio Destefano, di Casamarciano in Terra di Lavoro, il quale afferma avere sulle spalle ottantasette non primavere ma inverni, che tuttavia non sembra gli abbiano spento nel cuore tutta la poesia dei giovani anni a proposito del suo esercizio professionale.

Il dott. Destefano pensa che gli Ordini dei medici dovrebbero chiedere al Palarmento una legge contro le specialità farmaceutiche (egli le chiama *gli interessi che pullulano ogni giorno di più con nomi più o meno ostrogoti*), e questa legge dovrebbe imporre ai medici di ricettare scrivendo i nomi dei medicamenti come sono da tutti conosciuti *ab antiquo*; permetterebbe solo che il medico facesse seguire al nome del medicamento il nome del fabbricante cui credesse di dare la preferenza; commineerebbe una multa (e persino la sospensione dall'esercizio professionale in caso di recidiva) ai contravventori della legge, medici o farmacisti Il dott Destefano mi scrive: « figuratevi se ho premura di veder cacciati dal tempio medici e farmacisti indegni!... ».

Noi abbiamo tutti la stessa premura, ma una legge quale è vagheggiata dal venerando collega io temo che non sarà mai discussa in Parlamento e noi non la leggeremo così presto sulla *Gazzetta Ufficiale*.

Ma non sarà possibile farcela da noi questa legge, depositarla nella nostra coscienza, e mettere al bando i contravventori, senza bisogno di processi e di multe? Io non ho ancora perduta la speranza di un rinsavimento generale della classe medica su quest'argomento degli sciroppi miracolosi e delle fialette magiche.

CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

L'Ordine dei medici di Palermo. — Sotto la guida del prof. Argento ha segnato una grande orma nell'organizzazione della Classe della Provincia.

Dopo di avere impiantato l'Ufficio di presidenza e di segreteria, resi complicati dalla legge e dal regolamento stessi, dopo di avere espletato il compito della ricerca dei documenti degli esercenti, e dopo di avere pubblicato l'albo del 1912, ha pensato di affidare a delle speciali Commissioni, presiedute ciascuna da un consigliere dell'Ordine, lo studio e la soluzione di gravissime questioni che tanto danno arrecano alla classe per abusi inveterati locali e per le degenerazioni sopravvenute.

Queste Commissioni si sono con alacrità messe al lavoro e molte hanno espletato il loro compito. La Commissione per porre un argine alla esorbitanza della *réclame* fatta dai medici sui giornali quotidiani politici, mentre ha pensato che spetta al Consiglio dell'Ordine di sorvegliare e reprimere gli abusi della *réclame* indecorosa, ha manifestato due tendenze, una favorevole alla soppressione completa, e l'altra di permetterla, purchè accenni il nome, cognome, indirizzo, l'ora di ricevimento e la specialità.

Anche per gli abusi nella specialità *odontoiatrica* ha preso energici provvedimenti, per evitare che in vista della nuova legge possano verificarsi ammissioni illegittime nel campo degli esercenti.

Due Commissioni, nominate per studiare i mezzi atti a proibire le consultazioni medico-chirurgiche nelle farmacie e per limitare l'accesso nei pubblici ambulatori ai soli poveri, hanno preso importanti deliberazioni. D.

Nuova sezione dell'A. N. M. C. — Il giorno 10 febbraio in Sora si è costituita la Sezione circondariale di Sora dell'A. N. M. C., coll'intervento dell'on. Brunelli, presidente dell'A. N. M. C. e del comm. Brunetti, presidente della Sezione Campana e dell'Ordine dei sanitari della provincia di Terra di Lavoro. Molti furono i medici condotti e numerose le adesioni. Si procedette alla nomina delle cariche e vennero eletti: presidente, dott. Giuseppe Baiti; vice-presidente, dott. Luigi Senese; segretario-cassiere dott. Pio Campoli; consiglieri i dottori Camilli, Castrucci, Gentile, Lucarelli, Panara, Roccatani. I.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(365) *Concorso - A chi spetta l'esame legale dei documenti di rito.* — Il Dott. L. R. da N. rileva che il Comune lo ha dichiarato escluso dal concorso per la nomina a medico chirurgo perchè non ha trovato regolari i documenti di rito, e ciò dopo che la Commissione esaminatrice lo avea compreso nella graduatoria.

Il Comune, essendo stata Ella già compresa nella graduatoria, non poteva serotinamente escluderla dal concorso per irregolarità dei documenti

di rito e ciò perchè l'esame di tali documenti spetta esclusivamente alla Commissione che è sola competente ad escludere e ad ammettere i candidati ai termini dell'articolo 34 del regolamento generale sanitario.

Impugni il relativo provvedimento del Comune con ricorso in linea straordinaria al Re, ai termini dell'articolo 12 della legge sul Consiglio di Stato.

(3667) *Capitolato - Interpretazione.* — Il Dottore G. R. da S. S. A. M. desidera conoscere se ai termini dell'articolo 6° del proprio capitolato sia obbligato a prestare le sue cure ad una Comunità religiosa istituita da pochi anni in uno dei Comuni consorziati.

Se la parola *comunisti*, usata dallo antico capitolato potea dar luogo a dubbio circa l'obbligo della cura di sopra indicata perchè i componenti della comunità religiosa, non potevano, a stretto diritto, essere ritenuti comunisti, quasi nativi del luogo, il dubbio svanisce di fronte alla dicitura usata dal nuovo articolo 6° perchè ai membri del suddetto istituto non può negarsi la qualifica di abitanti del Comune, in *cui* vivono e pagano tasse. Del resto avvertiamo che l'azione per chiedere detti compensi si prescrive col decorso di tre anni, a' sensi dell'articolo 2140 del Codice civile.

(3669) *Ancora del principio informatore dello articolo* 439 *del Codice penale.* — Al Dott. G. A. da V. che insiste su tale argomento rispondiamo che, pur convinti degli inconvenienti cui in pratica la scrupolosa osservanza del disposto del succitato articolo di legge dà luogo, non possiamo disconoscere la somma importanza sociale su cui si basa il referto giudiziario ed i danni cui sopprimendolo si andrebbe incontro indubbiamente.

(3671) *Sostituzione durante il congedo.* — Il Dott. C. D. P. da O. desidera conoscere se avendo per isbaglio pagato *de proprio* il supplente durante il mese di congedo possa ripetere la somma dal Comune, cui per obbligo spettava la spesa.

Se per capitolato l'onere della supplenza spetta al Comune ben può chiedere il rimborso della somma all'uopo pagata nel 1907. Ne faccia domanda al Comune ed in caso di ulteriore diniego, lo citi dinanzi all'autorità giudiziaria per *l'actio de utilis in rem versio*, cioè, per l'indebito arricchimento, non avendo pagato una somma che avrebbe dovuto.

(3672) *Tassa esercizî - Esenzione.* — Il Dott. T. T. da S. dice che il Comune non vuol sottrarlo dal pagamento della tassa esercizî e chiede quale mezzo vi sia per ottenere l'intento.

Non comprendiamo come si possa discutere di fronte ad una chiara ed esplicita disposizione di legge. Se il Comune non intende far ragione al suo buon diritto, ricorra ai mezzi legali impugnando la matricola in primo luogo dinanzi alla Commissione comunale ed in secondo luogo presso la G. P. A. Dopo la pubblicazione del ruolo si può anche ricorrere all'autorità giudiziaria.

(3673) *Pensioni - Servizio militare.* — Il Dottore G. R. da C. desidera conoscere se il servizio militare può essere invocato per il raggiungimento anticipato del diritto a pensione.

A' termini dell'articolo 7 della legge 2 dicembre 1909, N. 744 possono essere valutati pel più sollecito raggiungimento del diritto a pensione, i soli anni di servizio militare passati durante una nomina, ma non quelli fatti prima.

(3674) *Dimissioni - Effetto a riguardo della stabilità.* — Il Dott. G. V. da P. R. desidera conoscere se avendo rassegnate le dimissioni per la fine del periodo di prova possa, scaduto questo, acquistare la stabilità *ope legis* qualora seguitasse tuttora il servizio.

Le dimissioni per essere produttive di effetto debbono essere accettate dall'Amministrazione comunale. Se non Le fu comunicata l'accettazione delle dimissioni e se non Le fu mai notificata regolare disdetta tre mesi prima che il biennio si compisse, allo scadere dei due anni qualora fosse indisturbatamente lasciato nell'esercizio della carica, ben potrebbe sostenere di avere acquistata la stabilità *ope legis*.

(3675). *Pensioni — Medici di istituti di beneficenza.* — Il Dott. C. T. da C. S. ci interpella per conoscere se può riscattare tre anni di servizio prestati prima della sua iscrizione alla Cassa di previdenza presso un istituto di beneficenza.

Noi riteniamo che la risposta che Ella ha ricevuto dalla Direzione della Cassa non sia giusta. Per l'art. 2 della legge 14 luglio 1898, n. 335, i medici delle Opere Pie erano facoltativamente ammessi alla iscrizione alla Cassa di previdenza.

La successiva legge del 2 dicembre 1909, n. 744 con l'art. 28 consentì ai medici che ne aveano facoltà per effetto della precedente legge del 1898 e, quindi, ai medici delle Opere Pie, che aderirono alla Cassa prima del 2 dicembre 1909, il riconoscimento gratuito di 15 anni di precedente servizio prestato.

Ora se Ella ha aderito alla Cassa prima del 2 dicembre 1909 ha per diritto il riscatto dei tre anni di servizio prestato prima della iscrizione.

Non crediamo sia a Lei applicabile il disposto dell'art. 14 della legge 11 dicembre 1910 e tanto meno quello dell'art. 7 della legge del 1909 perchè i tre anni di servizio sono, ripetiamo, riscattabili gratuitamente.

(3676). *Ufficiale sanitario — Incompatibilità medico condotto.* — Il Dott. V. C. desidera conoscere

se egli, essendo stato come medico condotto incaricato delle funzioni di ufficiale sanitario sotto l'imperio della legge del 18881 possa continuare il duplice incarico anche dopo la legge nuova.

Non trattasi di retroattività della legge, ma di applicazione di una nuova disposizione che regola diversamente l'argomento, per modo che debbono cessare tutti gli impegni tuttora esistenti assunti in forza di legge non più in vigore.

La funzione di medico condotto è ora incompatibile con quella di ufficiale sanitario e perciò anche Lei deve decidersi per optare o per l'una o per l'altra.

(3677). *Certificati sana costituzione*. — Il Dottor M. V. da M. desidera conoscere se egli come medico condotto ed ufficiale sanitario abbia obbligo di rilasciare gratuitamente i certificati di sana costituzione fisica.

Noi riteniamo che il rilascio di tali certificati debba essere a pagamento perchè nè il medico condotto nè l'ufficiale sanitario, tranne il caso di imposizione fatta da legge speciale, hanno l'obbligo di accertare e certificare la buona o cattiva costituzione dei cittadini.

(3678). *Ricchezza mobile*. — Il Dott. B. P. da C. desidera conoscere se per i primi due anni di esercizio professionale si sia esenti dal pagamento della tassa di R. M. e quali pratiche debba fare per essere iscritto nei ruoli.

Non vi è esenzione pel pagamento della detta tassa durante i due primi anni di esercizio professionale. L'accertamento della tassabilità del reddito vien fatta di ufficio dall'agente delle tasse. Nessuna istanza o pratica deve fare per ottenere l'iscrizione nel ruolo.

(3679). *Specialità medicinali. — Formalità per metterle in vendita*. — Il Dott. G. B. da V. desidera conoscere quali pratiche occorre fare per ottenere il brevetto per la formula di una specialità medicinale.

Non si rilascia brevetto per le formule di specialità medicinali. Queste sono equiparate a comuni spedizioni di ricetta e perciò debbono essere vendute dai farmacisti mediante esibizione di analoga ordinazione medica. Sull'involucro debbono essere indicate le quantità e qualità dei rimedii eroici che le compongono.

(3681). *Pensioni — Liquidazione*. — Al Dottor F. B. da F. che chiede conoscere quanto si liquida di pensione con 66 anni di età e 25 di servizio, rispondiamo che il quesito non è chiaro perchè non si indica la data di adesione alla Cassa di previdenza, ma che se effettivamente 25 sono gli anni di servizio, la pensione da liquidarsi è di lire 1541.

(3682). *Ricchezza mobile — Tassazione*. — Il Dott. V. P. da S. L. desidera conoscere se debba essere soggetta alla ricchezza mobile l'indennità alloggio, quella per assicurazione degli infortuni e quella assegnata per provvedere al rimpiazzo in caso di congedo.

Sulle indennità di alloggio si deve pagare la R. M. perchè è una utilità che il medico riceve: la tassa è dovuta anche nel caso da Lei esposto in cui la indennità stessa è riversata al Comune, che è proprietario dello stabile, che occupa. L'indennità infortuni e quella per la spesa della supplenza rappresentano non utilità, ma spese che Ella effettivamente sostiene e perciò debbono essere esenti dalla tassa tanto più che coloro cui vengono deferite le relative somme e cioè società di assicurazioni e medico supplente sono a loro volta soggetti alla tassa di R. M.; le une per gli affari che compiono, l'altro per lo stipendio pattuito.

Rivolga istanza di esonero alla Commissione mandamentale e poscia a quella provinciale.

(3683) *Pensione — Liquidazione*. — Sig. Dottor I. N. da A. liquiderà annue lire 2300.

(3684) *Pensioni — Riscatto di anni di servizio*. — Il Dottor F. O. da M. desidera conoscere se può riscattare quattro anni di servizio prestato senza stipendio presso un ospedale.

Gli anni di servizio riscattabili e valutabili agli effetti della pensione sono quelli prestati con percezione di stipendio.

(3685) *Pensioni — Servizio di ufficiale sanitario*. — L'abbonato n. 2278 desidera conoscere se essendo ora ufficiale sanitario possa, agli effetti della pensione, cumulare gli anni di servizio prestati come medico condotto.

Se da ufficiale sanitario ha seguitato a pagare i contributi, crediamo che possa ottenere il desiderato cumulo, perchè sarebbe sempre la stessa persona iscritta, che non avrebbe mai cessato dal corrispondere i contributi; ma se da ufficiale sanitario non si è iscritto alla Cassa, gli anni di servizio prestati in tale qualità non possono valere perchè di essi non sarebbe ora più permesso il riscatto.

(3686). *Tassa esercizii. — Esenzioni*. — Il Dottor A. N. da T. D. S. desidera conoscere se essendo condotto per soli poveri vada esente dal pagamento della tassa esercizio.

Come medico dei poveri e, quindi, come stipendiato dal Comune va esente dal pagamento della tassa esercizii a' sensi dell'art. 3 del regolamento approvato con R. Decreto 23 marzo 1902, n. 113.

Va, però, sottoposto, al pagamento di detta tassa per quanto rifletta le cure che presta a pagamento agli agiati ed in proporzione del reddito che ricava da tal ramo di esercizio professionale.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ASSORO (*Catania*). — Seconda condotta medica p. Assoro e Borgata S. Giorgio. Soli poveri stipendio L. 2500 e L. 200 indennità di cavalcatura. Scadenza 18 marzo.

BAROLO (*Cuneo*). — Condotta pei poveri; lire 1600 e L. 100 quale uff. san. Probabilità di assegno annuo (circa L. 600) se l'eletto sarà beneviso all'Amministrazione dell'Opera pia Barolo. Obbligo di residenza. Scad. 15 marzo.

CAMPIGLIA CERVO (*Novara*). — 2ª condotta consorziale; L. 1200 per circa 100 poveri e L. 450 per la Società operaia. Ab. 1400. Scad. 10 marzo.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per abit. 2411; L. 4500; obbl. cav. costante. Scadenza 12 marzo.

CAPRINO VERONESE (*Verona*). — Condotta per Pesina; lorde L. 4000. Scad. 15 marzo.

CARVICO (*Bergamo*). — Due condotte consorziali a L. 3750, cura piena, L. 250 supplenza reciproca. Scade 6 marzo.

CASTELFOCOGNANO (*Arezzo*). — A tutto il 17 marzo condotta pei poveri: L. 2809 lorde, 4 sessenni, L. 750 indennità mezzo trasporto. Ab. 4691. Cura abbienti fino al 31 dicembre 1914; indennizo di L. 950 lorde.

CHEREMULE (*Sassari*). — Condotta; L. 2500 nette e L. 200 se il titolare rinunzierà alla licenza. Scadenza 20 marzo.

CREVALCORE (*Bologna*). — 3ª condotta rurale della 2ª viciniorità L. 2000 per i soli poveri e 4 sessenni, oltre L. 800 per cavallo e veicolo. Scadenza 10 marzo.

FIRENZE. *Comune*. — Concorso per titoli e per esame a 2 posti di medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene; L. 3500 e 7 aumenti di L. 400 ciascuno al compimento del 3°, 6°, 10°, 14°, 19°, 25° anno di servizio; 21-40 anni; laurea da almeno 3 anni. Voti nei corsi universitari. Scad. 12 marzo.

FIORENZUOLA DI FOCARA (*Pesaro*). — Condotta; L. 500 pei poveri e L. 3000 per gli abbienti, al netto di R. M.; L. 100 quale uff san.; 20 giorni di congedo. Obbl. cav. Ab. 1814. Scad. 15 marzo.

GINESTRA DEGLI SCHIAVONI (*Benevento*). — Condotta piena; L. 2000 e L. 100 quale uff. sanitario. Scad. 15 marzo.

*MASSA MARTANA (*Perugia*). — Due condotte; L. 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lire 700 per cav., lorde, in corso d'approv. Scadenza 26 marzo.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). Condotta piena; L. 2200 e L. 100 quale uff. san. Scad. 10 marzo.

NICOSIA (*Catania*). — Condotta rurale del sobborgo Villadoro per i poveri; L. 1500. — Uno dei due posti della condotta medico-chirurgica nel comune, per i poveri; L. 1200. — Scad. 10 marzo.

PRAGELATO (*Torino*). — Condotta; L. 3000 aument., obbl. arm. farm. mediante compenso a convenirsi; poveri 50 circa, ab. 1865. Scad. 10 marzo.

RUTINO (*Salerno*). — Condotta piena; L. 2000 e L. 75 quale uff. san. Scad. 8 marzo.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta piena pel 2° reparto e fraz. (ab. 2100 circa) L. 3800 lorde; obbl. cavalc.; L. 200 quale uff. san. Scad. 5 marzo.

SPERLINGA (*Catania*). — Condotta piena; L. 3500. Scad. 10 marzo.

TRAPANI. — Direttore sanitario dell' *Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sieri-Pepoli »*. Vedi fascicolo 6. Scad. 31 marzo.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena; L. 2700 e 3 sessenni. Scad. 12 marzo.

* VIMERCATE (*Milano*). — Condotta con Ruginello; assistenza Civico Ospedale locale; L. 3750, lorde e tre sessenni. Scad. 13 marzo.

VITTORIO (*Trsviso*). — Condotta esterna di Serracalle, per i poveri; L. 3500 lorde e 4 trienni del ventesimo. Scad. 10 marzo.

ZERBOLÒ (*Pavia*). — Condotta piena per abitanti 2200 circa; L. 3260 e due sessenni, L. 100 quale uff. sanit., L. 50 indennità residenza malarica e L. 400 per mezzi di trasporto. Scadenza 31 marzo.

Dal municipio di Tolfa ricercasi d'urgenza medico chirurgo condotto interino, preferibilmente giovane, stipendio L. 350 mensili nette, rimborso spese di viaggio. Non evvi obbligo della cavalcatura.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Bova (Reggio Calabria), Bagnacavallo (Ravenna, Loro Piceno (Macerata), S. Daniele (Udine), Montegrimano e Carpegna (Pesaro), Ostra (Ancona), Pella-Artò-Boleto (Novara).

Revoca di diffide: Sanginesio (Macerata), S. Maria del Taro (Parma), Travagliato (Brescia), Periale (Roma), Medicina (Bologna), Bibbona (Pisa).

Ci si comunica:

« Prego di far inserire nel prossimo numero del *Policlinico* (Sezione pratica) la diffida del concorso ad una delle condotte sanitarie di Fiuggi, perchè aperto a cura piena e con stipendio insufficiente. Il concorso è aperto per 3000 lire lorde dal 15 del corrente mese a tutto il 37 marzo p. v.

Ringraziando antecipatamente mi pregio confermarmi obblig.mo

Angelini dott. Arnaldo
presid. Sez. di Frosinone-Velletri »

« La Sezione monzese dell' Associazione Nazionale dei medici condotti ricorda ai colleghi che già precedentemente ebbe a proclamare il boicottaggio del concorso alla condotta medica consorziale Vimercate Ruginello-Ospedale Vimercate per un'alta questione morale, cioè per la tutela del decoro e dignità della classe e per la difesa del diritto di organizzazione, contro il quale si era sempre, in ripetute occasioni, manifestato ostile il presidente del Consorzio stesso, e che tale boicottaggio ebbe esito felice mercè l'unanime solidarietà dei colleghi, convinti della bontà e della giustizia della nostra causa.

« Ora la Sezione monzese, presa visione del nuovo concorso a detta condotta medica, ne ri-

conferma il boicottaggio, persistendo tuttora le cause che lo avevano antecedentemente provocato, e fa appello allo spirito di colleganza di tutti, affinchè esso abbia anche questa volta piena effettuazione.

« Monza, 17 febbraio 1913.

« Il presidente: Carobbio dott. Daniele
medico condotto a Cologno Monzese
« Il segretario: dott. Achille Casati
medico condotto a Brugherio.

« N. B. - Si comunica che la tariffa dell'interinato è stata fissata in lire 25 giornaliere. — Chi desiderasse maggiori spiegazioni o schiarimenti può rivolgersi alla presidenza della sezione monzese ».

TORINO. *Reale Accademia di medicina. XIII premio Riberi L. 20,000.* — È aperto un concorso al 13° premio Riberi di L 20.000 bandito dalla R. Accademia di medicina di Torino per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere.

Scadono i termini col 31 dicembre 1906. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, via Po, 18, Torino.

Il segretario generale: V. Oliva.

MEDICINA SOCIALE

La propaganda igienica dei medici condotti romani nel 1912.

L'egregio dott. A. Ranelletti ha presentato all'on. Presidente della Deputazione provinciale di Roma la seguente relazione sulla propaganda igienica dei medici condotti nell'anno 1912:

La Federazione delle sezioni della Provincia di Roma dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti ha compiuto nel 1912 il IV anno della sua propaganda igienica, mediante conferenze popolari, lezioni, pubblicazioni, ecc., continuando così a dare il proprio contributo pratico ed efficace a quella educazione igienica del popolo, che costituisce la più valida difesa contro le malattie in genere e le infettive e professionali in ispecie.

Come frutto della campagna svolta negli anni precedenti che lo scrivente ha riassunto e illustrata in apposito volume presentato all'Esposizione, internazionale di igiene sociale di Roma, la Federazione ha avuto l'onore di esserne premiata con la maggiore onorificenza, il diploma di onore; la stessa onorificenza è stata accordata al relatore, per l'opera personalmente spiegata nell'organizzazione di questa propaganda, e il diploma di medaglia d'oro è stato conferito ai più attivi collaboratori, e cioè ai dottori Malusardi (Presidente della Federazione), Balderi, Falcioni, Fraschetti, Giusti, Maggi (Roma); Balducci (Paliano), Mattoli (Ronciglione), Morgante (Orte), Palazzeschi (Piansano, Santori (Tivoli).

Nella stessa Esposizione lo scrivente fu chiamato a fare parte, quale Segretario, della Commissione per le conferenze di igiene sociale, presieduta dall'illustre prof. Tamburini; ed egli diede anche qui la propria opera per l'organizzazione di un ciclo di conferenze sui varii problemi di igiene sociale che illustri oratori di Roma e di altre città d'Italia hanno tenuto nei locali dell'Esposizione.

Il relatore inoltre insieme coi dottori Fraschetti e Lusignoli furono invitati dal Comitato esecutivo dell'Esposizione a tenere qualche conferenza per il Corso magistrale di igiene scolastica, istituito nella stessa Esposizione, e autorizzato dal Ministero della pubblica istruzione; in detto Corso il dott. Ranelletti tenne una conferenza sulla « malaria » il dott. Fraschetti sulla « scarlattina, morbillo e difterite », e il dott. Lusignoli sulla « pellagra ».

Sono state poi tenute una serie di conferenze da varii colleghi e cioè: il dott. Balderi Rodolfo (Roma), ha tenuto nell'Educatorio Savoia una conferenza sul tema « Tubercolosi e Alcoolismo ».

Il dott. Falcioni Domenico (Roma), alla Scuola rurale del Forte Bravetta una Conferenza su « La lotta contro la malaria ».

Ha inoltre pubblicato un opuscolo sulle « Osservazioni epidemiologiche, profilattiche e curative fatte durante la campagna antimalarica 1911 ».

Il dott. Fraschetti Venceslao (Roma) ha tenuto nell'Istituto Carducci 10 Conferenze sui seguenti argomenti: « Malattie infettive in genere (2 conferenze) Colera, Tifo, Scarlattina, Morbillo, Difterite, Igiene della pelle, della bocca, Igiene della persona ».

Il dott. Giusti Nicola (Roma) ha tenuto una conferenza ad Ostia, presente il dott. prof. Ballori, assessore per l'igiene, sul tema « Piccoli mezzi nella lotta contro la malaria ».

Il dott. Maggi Augusto ha riassunto in un volume: « Scritti di un medico dell'Agro romano » la storia dei sacrifici e degli eroismi ignorati dei medici municipali dell'Agro romano nel debellare il secolare flagello della malaria e ha illustrato l'opera personale spiegata nella campagne antimalariche dalle Stazioni Sanitarie di Ostia e di S. Paolo.

Il dott. Mattoli Nestore (Ronciglione) oltre a molte Conferenze tenute nel paese ha pubblicato un volume « Le condizioni sanitarie di Ronciglione », che riassume tutta l'opera proficua spiegata dal medesimo nel migliorare le condizioni igieniche di quel comune.

Il dott. Palazzeschi Manlio ha tenuto in Piansano le seguenti dodici Conferenze: Asepsi e antisepsi, Lister — la Chirurgia e l'Igiene — (lezione inaugurale alla scuola infermieri di Piansano). Come possa ammalare il cuore. - Cos'è la polmonite. - La tubercolosi. - Microrganismi e infezioni. - Come difendersi dalle epidemie. - La

emorragia cerebrale. - I nostri alimenti. - La nutrizione. - I nostri parassiti. - L'igiene nei Comuni rurali e la propaganda igienica. - Come si debbono allevare i bambini.

Il dott. Palazzeschi inoltre ha tenuto un corso di lezioni teorico-pratiche (oltre 125 lezioni) nella Scuola per le allieve infermiere istituita a Piansano dalla Croce Rossa Italiana, con una sezione di uditori maschili.

Il dott. Ranelletti Aristide ha tenuto nella Scuola di legislazione sociale di Roma, undici conferenze come segue:

« Malattie infettive in genere; profilassi. - La tubercolosi. - I mezzi di lotta contro la tubercolosi. - L'alcoolismo; danni e rimedi. - Le malattie del lavoro. - Le malattie professionali da quantità di lavoro; rimedi. - Le malattie professionali da qualità o materiale di lavoro. - Malattie da inalazione di polveri; mezzi di difesa. - Il saturnismo; mezzi di difesa. - Le malattie da ambiente di lavoro; mezzi di difesa. - Malattie da posizione di lavoro forzate e viziose e ripetizioni degli stessi movimenti; profilassi. - Le malattie professionali infettivo parassitarie; profilassi ».

Il Ranelletti, oltre l'opera surricordata spiegata all'Esposizione di igiene sociale, ha compiuto, con la collaborazione della Camera del lavoro di Roma e sotto gli auspici della Sezione italiana dell'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori, un'inchiesta sul lavoro a domicilio, specie delle sarte per le forniture militari di Roma, mettendo in rilievo le miserie e i pericoli del lavoro a domicilio, sia per la salute dei lavoratori che dei consumatori, e additandone i rimedi, dando così un contributo al trattamento di quest'altra importante questione sociale che è argomento in questi ultimi anni del più vivo interessamento da parte di tutti i paesi civili.

Il dott. Weiss, a Fiumicino ha tenuto una conferenza sulla « Malaria ».

Riassumendo, sono state tenute nel 1912 dai medici condotti della provincia di Roma una cinquantina di conferenze popolari oltre lezioni e pubblicazioni varie a vantaggio della propaganda dell'igiene. La maggior parte delle conferenze sono state illustrate da proiezioni luminose, mediante il materiale già da vari anni preparato dallo scrivente.

In quest'anno quasi tutti i conferenzieri sono stati del comune di Roma; è mancato il numeroso concorso degli anni precedenti dei colleghi della provincia, essendoci venuti meno i mezzi finanziari necessari per provvedere alla spedizione del materiale di proiezioni ai singoli conferenzieri, i quali ormai ritengono pressochè indispensabile, per assicurarsi il concorso e l'attenzione del pubblico, accompagnare le loro conferenze con proiezioni luminose.

L'on. Deputazione provinciale di Roma è stata per questa propaganda veramente benemerita, in quanto ci ha fornito per tre anni successivi un sussidio di lire 500, permettendoci così di fornirci di materiale di proiezione su argomenti inerenti alle principali malattie sociali, e di sostenere le spese delle conferenze sino a tutto il 1911; ma pel 1912 la nostra Federazione non ancora ha potuto ottenere il solito sussidio, per cui le spese di quest'anno sono rimaste a carico in parte della Cassa federale, in parte dei singoli conferenzieri.

Noi pertanto abbiamo fiducia che l'on. Deputazione provinciale, che è compresa dell'importanza sociale di questa propaganda, vorrà sollecitare la concessione del solito sussidio.

Intanto rinnoviamo l'appello ai colleghi della provincia perchè sollecitino altresì piccoli sussidi dai rispettivi Comuni, i quali non possono non persuadersi che le poche diecine di lire impiegate in uno dei mezzi più validi ed efficaci di difesa contro i mali, qual'è la propaganda dell'igiene in mezzo al popolo, si risolvono in una notevole economia per i loro stessi bilanci delle spese inerenti alla cura dei mali stessi.

Ci permettiamo altresì di rivolgere il nostro appello alla « Alleanza fra le istituzioni pubbliche e private di Roma per la lotta contro la tubercolosi » che, presieduta dal benemerito illustre prof. A. Tamburini, ha lo scopo di riunire e coordinare l'opera delle varie Istituzioni che direttamente o indirettamente possono contribuire alla prevenzione e alla cura della tubercolosi. Il nostro appello è giustificato dal contributo di cooperazione che effettivamente i medici condotti hanno dato e dànno tuttora nella lotta contro la tubercolosi sia con le conferenze speciali sulla tubercolosi, sia con quelle di igiene generale, in quanto queste riescono indirettamente a dare una buona profilassi anche contro la tubercolosi, sia con le pubblicazioni, specie sul lavoro a domicilio, che ha tanta parte per lo sviluppo di questa malattia tanto fra i lavoratori quanto fra i consumatori.

Con la fiducia che le Autorità centrali e locali e i vari Enti mantengano il loro appoggio morale e materiale, i medici condotti della provincia di Roma continueranno a dare la propria opera benefica e disinteressata nello svolgimento del loro programma igienico-sociale, che in quest'anno si preparano ad intensificare ed ampliare, anche verso nuove direttive, mercè la valida e concorde cooperazione di tutte le altre Sezioni d'Italia dell'Associazione nazionale.

Roma, gennaio 1913. Dott. A. RANELLETTI.

Nel primo mattino dell'11 febbraio 1913 spegnevasi in Napoli, nella grave età di 81 anni, **FRANCESCO FEDE**, ordinario di Pediatria in quella Università. La sua morte segna un grave lutto per la scienza medica italiana, e specialmente per la scienza Pediatrica, alla quale egli aveva dato tutta la energia della sua mente cultissima e geniale, e il fervore di un apostolato attivissimo e fecondo. Egli aveva già fondato su solide basi la sua cultura scientifica, approfondendosi specialmente nella clinica medica, nella istologia, batteriologia, fisiologia, embriologia, ecc., le quali discipline egli successivamente insegnò nell'Ateneo Napoletano, sia come docente che come incaricato, e lasciando in ognuna di esse orme non dimenticate delle sue preziose ricerche e dei suoi studi indefessi.

Ma dove il nome di Francesco Fede ha raggiunto la meritata fama della celebrità è stato nel campo della Pediatria che egli cominciò ad insegnare, pure in Napoli, da circa sette lustri, quando questa scienza, appena bambina fuori d'Italia, presso noi era, si può dire, quasi del tutto sconosciuta. Prima dalla cattedra e dal laboratorio, poi nei congressi e fondando un giornale, *La Pediatria*, che rivaleggia con i migliori, anche dell'estero, e colla fondazione della fiorente Società Italiana di Pediatria, di cui egli era Presidente, ed infine nel Parlamento, ove per molte legislature egli ha rappresentato il Collegio di Riccia, a cui appartiene il suo paese natale Petrella Tifernina, nel Sannio, la sua attività, la suo opera è stata tale, che in gran parte a lui si deve se a quest'ora la Pediatria Italiana si è affermata, pel numero e pel valore dei suoi adepti, per la quantità e pel valore della sua produzione scientifica, e finalmente per aver raggiunto l'importanza di materia fondamentale nell'insegnamento universitario, non seconda a quello che ora è nelle altre nazioni più progredite e che da circa un secolo ci avevano preceduto nello studio delle malattie infantili.

La produzione scientifica sua e della sua scuola occupa volumi numerosi. Citerò tra i più importanti, gli studî sulle *tossi-infezioni intestinali*, sull'*atrophia primitiva infantum*, sul *rachitismo*, sull'*anemia splenica* e sulle *anemie* in genere, sul *tremore* e sull'*edema essenziale dei bambini*, sulla *digeribilità dei varii alimenti* e *sul valore dei fermenti digestivi*, ecc. sulla *produzione sottolinguale*, che, specialmente all'estero, è indicata dal suo nome, ecc.

Egli è morto si può dire sulla breccia: anche nella sua avanzata età, malgrado che negli ultimi anni fosse sofferente di salute, non mai volle abbandonare l'insegnamento, e si apprestava ora di venire a Roma per sollecitare la costruzione della sua nuova Clinica, che rappresentava il suo ultimo ideale che disgraziatamente non potè raggiungere.

Egli fu anche buon patriota, ed a suo tempo contribuì di persona a far cessare il dominio Borbonico del suo paese ed all'Italico risorgimento. Nel Parlamento apparteneva alla frazione liberale moderata, universalmente stimato per la illibatezza dei suoi costumi e per le preziose doti di mente e di cuore. Ogni anno, in occasione della discussione del bilancio della Pubblica Istruzione, il suo *delenda Cartago* era la necessità di fondare in tutte le Università la Clinica Pediatrica, e di portare la Pediatria al grado di materia fondamentale obbligatoria. E vinse.

L. CONCETTI.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso internazionale di Medicina (Londra, agosto 1913).

Si prevede che segnerà un notevole incremento su quello tenuto a Londra nel 1881, il quale raccolse tre mila medici.

L'aumento nel numero delle sezioni, da 16 a 23, dimostra come numerosi rami della medicina tendano di continuo a rendersi indipendenti.

Nel 1881 le conferenze generali furono tenute da Huxley e da Pasteur Quest'anno parleranno Chauffard per la medicina, Ehrlich per la patologia, Burns per l'igiene pubblica, Cushing per la chirurgia, Bateson sull'eredità, lo stesso soggetto che nel 1881 era stato svolto da Huxley.

Il Congresso sarà presieduto da sir Thomas Barlow, presidente del Royal College of Phisicians. Nel 1881 lo era stato da sir James Paget.

Saranno lingue ufficiali l'inglese, il francese, il tedesco e l'italiano; ma, assistiti da interpreti, i delegati potranno parlare in qualsiasi lingua.

Le spese che il Comitato dovrà sostenere sono preventivate per ora in 200,000 franchi.

Un'esposizione medico-storica a Londra.

In occasione del Congresso Medico Internazionale che si adunerà a Londra, nell'estate del 1913, è stata organizzata dal signor Henry S. Wellcome un'esposizione di oggetti rari e curiosi aventi relazione con la medicina, la chimica, la farmacia e le scienze affini.

Le risposte all'appello per prestiti sono già numerose e come risultato, durante il periodo del Congresso, potrà essere inaugurata una delle più importanti raccolte d'oggetti medico-storici avutesi fin qui.

Fra le diverse interessanti sezioni ve n'è una che comprende le deità mediche di selvaggi,

barbari e popoli primitivi. Ne sono state inviate da tutte le parti del mondo; sussistono tuttavia molte lacune da colmare e si pregano coloro che possedessero simili oggetti e fossero disposti a prestarli, di mettersi in relazione del segretario dell'Esposizione all'indirizzo qui sotto indicato.

Amuleti, talismani ed oggetti d'incantesimo riferentisi all'arte di guarire formeranno un'altra divisione. Qualunque prestito di questo genere sarà gradito.

Nella sezione chirurgica si vorrebbe tracciare l'evoluzione e lo sviluppo dei principali strumenti oggi in uso, e si desidera accumulare campioni di strumenti impiegati in tutte le parti del mondo, tanto dai popoli selvaggi che dai civilizzati.

Sono in progetto mostre speciali per la farmacia e la botanica; comprenderanno modelli di antiche farmacie, laboratori e curiose reliquie dell'alchimia dei tempi antichi. Saranno anche esposti rari esemplari di materia medica antica, raccolti in tutte le parti del mondo.

Un sunto completo ed illustrato dell' esposizione sarà inviato a tutte le persone interessate, dietro domanda al segretario, 54-a, Wigmore Street, Londra, W.

Convenzione internazionale contro le epidemie.

Il Kraus, professore d'igiene all'Università di Vienna, il quale dirige i servizi sanitari dell'esercito bulgaro, espone in un giornale viennese un progetto suggeritogli dall' esperienza compiuta durante la prima fase della guerra. Egli propone cioè di addivenire ad una convenzione internazionale, con lo scopo di lottare in tempo di guerra contro le epidemie tra gli eserciti contendenti e perciò anche nelle regioni che questi attraversano e infettano.

Sarebbe un allargare l'azione della Croce Rossa, limitata oggi prevalentemente all'assistenza chirurgica dei feriti e che verrebbe ad esplicarsi largamente anche nel campo dell'igiene.

Il prof. Kraus rileva che la Bulgaria, malgrado la magnifica sua organizzazione da campo, allorchè cominciarono le epidemie aveva due soli medici sanitari di fronte a 2500 ammalati, mentre vi era sovrabbondanza di chirurghi.

Lo zar Ferdinando ha promesso il più incondizionato appoggio al prof. Kraus per la realizzazione del suo progetto.

La Conferenza internazionale contro l'alcoolismo

si è tenuta a Parigi sotto la presidenza di Emilio Loubet, per lo studio biologico e statistico dell'alcoolismo. Erano rappresentati l'Austria, la Russia, la Francia, la Svizzera, il Belgio, gli Stati Uniti d'America, da delegati dei rispettivi governi. Il Governo italiano aveva inviato alla Conferenza, quali suoi delegati, il comm. Vincenzo Magaldi, vice presidente dell'Istituto delle Associazioni di Stato, il prof. Alfredo Niceforo della R. Università di Roma e il comm. Antonio Dall'Abadessa, vice-direttore generale delle gabelle.

La Conferenza fissò il programma internazionale di studi, che comprende i seguenti punti: 1° L'alcool possiede o no qualità alimentari? 2° Quale è l'influenza relativa delle forme e dei modi con cui si consuma l'alcool? 3° Quale è il valore alimentare delle diverse bevande alcooliche? 4° Quali sono gli effetti del titolo dell'alcool e delle sostanze estranee aggiunte o provenienti dalla distillazione dei prodotti fermentati? 5° Quali sono le cause principali e i principali effetti dell'alcoolismo? 6° Quali sono i mezzi impiegati contro l'alcoolismo? Loro risultati. 7° Inchiesta critica sulle statistiche nazionali della produzione e del consumo dell'alcool e delle bevande alcooliche. Considerazioni degli effetti di questa produzione e di questo consumo.

L'introduzione nel programma internazionale di studio dei paragrafi concernenti lo studio degli effetti dell'alcoolismo e l'inchiesta critica statistica sono essenzialmente dovute alla delegazione italiana.

La Conferenza ha deciso che una Commissione internazionale di nove membri, rappresentanti ciascuno uno dei nove Stati presenti alla Conferenza, sarà nominata dai singoli Comitati nazionali onde fissare il modo di organizzazione di un « Ufficio internazionale » per lo studio scientifico dell'alcool.

Il Comitato italiano, che è già formato, pronto da parecchi mesi, conta nel suo seno: Guido Baccelli, Rocco Santoliquido, Angelo Celli, Pio Foà, Luigi Luzzatti, Augusto Tamburini, Giuseppe Sanarelli, il generale Ferrero, Samuele Ottolenghi, Giuseppe e Sergio Sergi, Vincenzo Magaldi, Alfredo Niceforo, mons. Bonomelli, Napoleone Colajanni, il sen. Garofalo, Achille Loria, Giovanni Mingazzini, Maffeo Pantaleoni, Sante De Sanctis, ecc.

Congresso italiano di patologia.

A Pisa dal 25 al 27 marzo è indetta l'ottava riunione della Società italiana di patologia, che sarà presieduta dai professori dell'Ateneo pisano, Giuseppe Guarnieri, di patologia, e Antonio Cesaris-Demel, anatomia patologica.

Nella riunione saranno svolte le seguenti relazioni: « Sulla leucemia », prof. Guido Bandi; « Sulla eziologia », prof. Aldo Perroncito.

Per iscriversi alla riunione occorre versare la somma di lire 12 all'economo della Società, dottor Ugo Pardi, dell' Istituto di patologia generale in Pisa.

Chi è regolarmente inscritto e desideri fare una comunicazione dovrà mandarne il titolo ed un breve sunto da pubblicarsi prima del Congresso, ad uno degli incaricati, indicando insieme il numero dei microscopi e degli obbiettivi, che eventualmente gli possano occorrere per le dimostrazioni istologiche.

Il tempo utile per fare iscrivere nell'ordine del giorno le proprie comunicazioni scade il giorno 10 marzo.

Subito dopo sarà diramato il programma preciso del Congresso coll'ordine delle comunicazioni.

Hanno già mandato la loro adesione e promesso il loro intervento cospicue personalità della scienza medica, come il senatore Golgi dell' Università di Pavia, il senatore Foà dell' Università di Torino, il senatore Lustig dell' Istituto di Studi Superiori di Firenze, il prof. Marchiafava e il prof. Bignami di Roma, il prof. Galeotti di Napoli, i professori Trambusti e Dionisi di Palermo, il prof. Bonome di Pavia e molti altri.

Congresso dei direttori d'ospedale.

Nel giugno p. v. avrà luogo a Bergamo il IV Congresso della Associazione italiana dei direttori d'ospedale. — Riportiamo l'elenco delle Relazioni che vi saranno discusse:

1. Sulle tabelle dietetiche negli ospedali — Prof. E. Ronzani.
2. Capitolato modello degli ospedali minori — Prof. E. Pellicelli, dott. Secchieri, dott. Fabbris.
3. Capitolato e posizione del direttore nei grandi ospedali — Dott. prof. De Hieronymis.
4. Urgenza di una legislazione per gli esposti e l'infanzia abbandonata; e funzione dei medici direttori dei brefotrofi — Dott. Giorgi, prof. Finizio, prof. Grassi.
5. Scuola per l'immediata assistenza — Professor Varanini.
6. La trasformazione e il concentramento delle Opere pie e degli Istituti ad essi equiparati, in rapporto ai cresciuti bisogni dell'assistenza ospedaliera e ai mezzi per provvedervi — Dottor T. Betti.
7. La donna nell'assistenza immediata ospedaliera — Dott. Guicciardi ed altro relatore.

Sono anche annunziate varie comunicazioni.

Congresso dei professori universitari.

Durante le prossime feste pasquali si terrà a Parma questo Congresso, al quale è assicurato l'intervento di oltre un migliaio di professori, tra i quali numerosi deputati e senatori.

Il prof. Baccelli a Parigi.

Riportiamo dal *Journal des Praticiens:*

Grande affluenza, martedì 28 gennaio, nell'anfiteatro del prof. Debove, al Beaujon. Il prof. Baccelli aveva annunziata la sua visita. L'eminente maestro italiano è stato ricevuto da tutto il personale medico e chirurgico dell'ospedale e il professor Debove, in nome di tutti, gli ha espresso, in una breve e spirituale improvvisazione, l'omaggio dell'ammirazione unanime e gli ha detto il piacere che i medici francesi ne provano, risentendo i legami d'amicizia che li uniscono ai loro fratelli latini.

Il nostro antico decano si è mostrato cordiale e si è guardato dal cadere nella banalità pretenziosa di certi ricevimenti del genere. Il pubblico, coi suoi applausi, ha testimoniato al prof. Debove che divideva i suoi sentimenti e che non vi avrebbe avuto un interprete migliore. Il prof. Baccelli, molto commosso, ha risposto con un calore convinto ed ha assistito in seguito ad una lezione di una chiarezza notevole del prof. Castaigne sugli acquisti recenti della patologia renale.

Beneficenza regale.

I nostri Sovrani hanno consentito che dal ricco materiale fotografico da essi eseguito si estraesse un numero di riproduzioni e che fossero poste in commercio a beneficio dell' Istituto chirurgico-ortopedico per la cura dei bambini della provincia di Roma, il quale ha sede in Ariccia.

Alcuni esemplari sono già in vendita. Rivelano fine gusto d'arte, squisito sentimento della natura, tenerezza di affetti familiari.

Assegno d'incoraggiamento.

Il premio di fondazione Cagni, del Reale Istituto Lombardo di scienze, lettere ed arti, non è stato conferito; sono state però assegnate lire 2000 a titolo d'incoraggiamento al dott. Giorgio Sinigaglia per le sue osservazioni sul cimurro, consegnate in uno studio da lui presentato sui miasmi e i contagi.

Miglioramenti a medici condotti.

Il Consiglio sanitario provinciale di Sassari ha approvato unanime la proposta del medico provinciale prof. Alivia per l'aumento di stipendio a parecchi medici condotti e ufficiali sanitari che avevano compensi insufficienti ed ha espresso pure l'avviso che vengano assegnati ai medici condotti i compensi inscritti nei bilanci comunali per le levatrici là ove le levatrici non esistono.

Riposo quindicinale ai medici condotti.

Il Comune di Ficulle (in provincia di Perugia) nel nuovo capitolato per le condotte comprimarie ha introdotto il diritto dei medici al riposo quindicinale. Ci auguriamo che l'esempio venga largamente seguito.

Onorificenza meritata.

La distinta signora Matilde Rabajoli Cerboni, moglie dell'egregio collega prof. Regolo Rabajoli, medico primario a Tortona, è stata insignita dal Consiglio Superiore della Marina di una medaglia di bronzo per aver tratto in salvo, con coraggioso e pronto intervento, un bambino caduto in mare. Alla gentile eroina la nostra ammirazione e le nostre congratulazioni.

M.

Riconoscenza di malati.

Una artistica pergamena è stata presentata al prof. Vittorio Putti, vice-direttore dell'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna, quale attestazione di gratitudine da parte dei numerosi malati dell'istituto, in occasione della nomina dell'eminente clinico a professore straordinario di ortopedia presso l'Università di Bologna.

Falso medico.

Un certo cav. Giuseppe Boido di Castellazzo Bormida, il quale da vent'anni si spacciava per dottore in medicina, suscitò dei sospetti nella R. Procura che potè accertare come egli non fosse mai stato laureato e portasse abusivamente il titolo di medico chirurgo.

Il cav. Giuseppe Boidi è genero del sindaco di Castellazzo, comm. Pistagno, e grazie al suo titolo accademico fu per molti anni presidente dell'Ospedale e consegui il cavalierato.

Rassegna della stampa medica.

« Le Bull. Méd. », 25 dic. Chauffard. Il pronostico degli itteri emolitici congeniti.

« Gazz. d. Osp. », 26 dic. Mensi. Osservazioni citologiche sulla varicella.

« The Lancet », 28 dic. Malins. L'ostetricia e la ginecologia dal 1887 al 1912.

« Brit. Med. Journ. », 28 dic. Ewart. La diagnosi preoperatoria dell'appendicite. — Green. I corpi estranei nella cavità addominale.

« Zbl. f. Chir. », 28 dic. Bayer. Una operazione semplice per emorroidi.

« Med. Klinik », 28 dic. Weiss. La prognosi nella tubercolosi polmonare. — Wolff. Le paralisi di tatto.

« Berl. Klin. Woch. », 30 dic. Tietze. L'ileo da litiasi biliare. — Levy. Chemoterapia sperimentale della infezioni batteriche.

« La Presse Méd. », 28 dic. Troisier e Grigant. Sull'origine endocrina della colesterina sanguigna. — Hartenberg. La galvanizzazione cervicale degli epilettici. — Gouget Il trattamento tiroideo delle nefriti.

« Gaz. d. Hôp. », 26 e 28 dic. Lévy. Il tifo esantematico.

« Paris Méd. », 28 dic. Hutinel. Meningiti acute benigne epidemiche. — Surmont. Litiasi biliare a forma sialorroica. — Ardin-Delteil, Raynaud e Condray. Nuovo caso di spondilite infettiva. — Sabauraud. Igiene del cuoio capelluto.

« Gazz. d. Osp. », 29 genn. D'Amico. Sifilide cerebro-bulbare.

« Münch. Med. Woch. », 31 dic. Franz. Sieroterapia del melaena neonatorum.

« Gaz. d. Hôp. », 31 dic. Deléarde e Hallez. Le porpore croniche dell'infanzia.

« Arch. It. di Ginec. », 31 dic. Lastaria. La chirurgia del cancro nella sua tecnica e nei suoi risultati.

« Revue Neurol. », 30 dic. Frenkel de Saint-Martin. Complicazioni oculari dell'aneurisma dell'aorta.

« Le Nourrisson », 1° genn. Apert. La temperatura centrale nel neonato e nel prematuro. — Avignanet. Controllo dello sviluppo dei lattanti. — Marfan. Stenosi congenita del piloro e intossicazione d'origine gastrica.

« Edinb. Med. Journ. », genn. Turner. Laringoscopia, tracheo-broncoscopia ed esofagoscopia dirette. — Brock. Sulla genesi dei tumori.

« La Sem. Méd. », 1° genn. De Quervain. Sulla cura chirurgica delle tubercolosi ossee ed articolari.

« La Presse Méd. », 1° genn. Hédon. La coltura delle cellule e dei tessuti fuori dell'organismo.

« Wien Klin. Woch », 2 genn. Kelling. I tumori ottenuti da cellule embrionali. — Theilhaber. La profilassi dei carcinomi. — Arzt e Kerl. L'azione parassitotropa dell'atoxyl e del neosalvarsan.

« Riv. Sanit. », 1° genn. Vitali. La medicina del lavoro.

« Deut. Med. Woch. », 2 genn. Bashford. Sul problema del cancro. — Ribbert. Sul rachitismo. — Schieck. Sulla papilla da stasi.

« Zbl. f. Chir. », 4 genn. Perimoff. Sul drenaggio permanente nell'ascite.

« Zbl. f. inn. Med. », 4 genn. Arnold. Il contenuto diastasico delle feci nella dispepsia fermentativa.

« The Practitioner », genn. Numero dedicato alla tubercolosi.

« Le Progrès Méd. », 4 genn. Etienne. Le fasi d'anafilassi nella terapia tubercolinica.

« Riv. crit. di Clin. Med. », 4 genn. Memmi e Cantieri. Il 606 nella malaria.

« The Brit. Med. Journ. », « The Lancet », 4 genn. Martin. Gl'insetti nella trasmissione delle malattie.

« Mediz. Klinik », 5 genn. v. Noorden. Le basi della cura dei nefritici.

« Galicia Médica », genn. Santos. La glicerina nella nefrite interstiziale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. I. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 9 marzo 1913* **Fasc. 10**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ARCISPEDALE DI SANT'ANNA IN FERRARA.
Divisione chirurgica diretta dal prof. E. CASATI.

Contributo chirurgico alla nefropessia lombare.

(Nota sperimentale e clinica)

per il dottor OTTORINO TENANI, assistente.

Era naturale che una malattia la quale reca tante sofferenze alla donna come il rene mobile, richiamasse tutti gli sforzi del chirurgo per opporle un riparo: e infatti si può dire che per la nefropessia si sono escogitati e messi in pratica tutti i mezzi e le risorse che davano la medicina operatoria da un lato, e dall'altro i risultati sperimentali del momento.

Par quasi che tale fatto sia stato influenzato, anzi sostenuto e voluto dalla speciale configurazione topografica della regione renale che offre, si può dire, per sè stessa diversi elementi per l'attuazione del nostro intento.

Tenuto al riparo da una valida massa muscolare e addossato alla gabbia toracica il rene, racchiuso nel suo fragile involucro adiposo, ha avuto ogni benefizio che la mano del chirurgo ha saputo scoprire e sfruttare.

I processi operatori di nefropessia oggidì sono numerosi; la ragione sta nel fatto che man mano era attuato e propugnato un metodo che avrebbe dovuto essere il migliore, ne sono poi sempre successe prove ulteriori di controllo e nella clinica e nel campo sperimentale che lo venivano a scuotere nella stabilità della sua base.

La nefropessia fu eseguita la prima volta da Hahn (13), il quale servendosi del taglio di Simon per la nefrectomia, si limitò a restringere la capsula adiposa del rene suturandola alla ferita con punti di catgut, ma poi avendo osservato

delle recidive a breve distanza dall'operazione, fu costretto a modificare il suo primo metodo incidendo anche la capsula fibrosa per fermarla insieme con l'adiposa alla ferita muscolo-aponevrotica.

Bassini (3) due anni dopo fece un passo più avanti comprendendo nell'ansa dei fili anche la parte superficiale del parenchima renale e soffregando la capsula fibrosa e le parti della loggia con soluzione di cloruro di zinco all'8 % per ottenere una più solida adesione del rene, mentre il Ceccherelli (7) pensava di sospendere il rene passando i fili a cavalcioni della XII costola. Altri chirurgi più tardi progredirono in audacia facendo passare i fili profondamente nel parenchima renale (Newmann, Küster, Braun, Durck e Vanneufville (32), Ceccherelli (l.c.) mentre Guyon (12) aveva insegnato un metodo di serramento dei nodi, grazie al quale la sostanza renale veniva risparmiata dalla lacerazione. Ma anche qui successe come di tutte le cose: vi è sempre chi raggiunge l'esagerazione tanto che vi furono taluni che per rendere più valida la nefropessia aumentarono il numero dei fili fino a passarne 14 (Swennson). Fu allora che intervenne la reazione perchè le osservazioni cliniche e sperimentali di Delagenière (8) e Barth (2), Penzo (23) e Tuffier (31) diedero l'allarme sulle frequenti alterazioni che succedevano nel parenchima renale in seguito al passaggio attraverso ad esso dei fili di sutura ed alla compressione da quelli esercitata. Essi cioè dimostravano che attorno ai fili possono precipitare i sali dell'urina e formarsi così dei calcoli renali, oppure svolgersi dei focolai di suppurazione, di più se qualche filo veniva messo più del solito vicino all'altro in modo che il serramento fosse troppo forte, allora, dato il sistema di circolazione del rene, succedeva la necrosi di quel territorio di parenchima renale con tutte le conseguenze che questa può produrre. È naturale poi che se il rene è per sè stesso malato come succede nella gran maggioranza dei casi [50 % secondo la statistica di Brodeur (5)] tale metodo operatorio non poteva che aggravare lo stato dell'organo.

Visto allora che il metodo di nefropessia eseguito per mezzo dei fili che facevano presa sulla sostanza renale non rispondeva alle esigenze della clinica, i chirurgi pensarono di decorticare il rene per valersi della capsula fibrosa come mezzo di sostegno e di fissazione dell'organo nella ferita lombare, cercando di risparmiare più che fosse possibile il parenchima renale.

Siccome intanto il Tuffier (l.c.) aveva sperimentalmente dimostrato, che privando il rene di tutta la parte posteriore della sua capsula fibrosa e facendo delle scarificazioni sulla sostanza parenchimale si otteneva un'unione più valida di esso ai piani della breccia lombare, sostenendo che è la capsula quella che ostacola tale adesione, alcuni pensarono di usufruire di questo ammaestramento combinando il metodo di Tuffier con quello di Guyon: pareva così a loro di raggiungere un doppio intento e cioè una più resistente fissazione del rene nella sua nuova loggia ed un minor pericolo di lesione dell'organo per parte dei fili. Sorsero così i metodi di Edebolhs (9), Ceccherelli (7), Mazzoni (18), Pavone (22), Tricomi (30), Guiteras (11), Schiassi (26), Obalinsky (21), Morris (20), mentre altri, come Biondi (4), Riedel (24), Senn (27, Serafine (28), Kocher (14) aggiungevano alla decapsulazione del rene lo zaffamento della ferita lombare, seguendo il sistema proposto da Jaboulay (15).

Come variazioni di questi processi si possono considerare quelli di Ruggi (25), Mastrosimone (17), Antonelli (1) i quali autori insegnarono di sospendere la capsula fibrosa alla XII costola, e quelli di Vulliet (33), Sottocasa (29), Morisani (19) e Giannetasio (10), che pensarono di fissare il rene col passaggio al disotto della capsula fibrosa di un lembo muscolare o aponevrotico preso a prestito dalla massa lombare.

Tutti questi metodi differiscono l'uno dall'altro soltanto per alcune particolarità tecniche non rilevanti, ma siccome poi in fondo sono uniformati ognuno al medesimo principio fondamentale pel quale li ho riuniti in gruppi, così ho ritenuto inutile descriverli singolarmente dato anche l'intento di questo mio lavoro.

Nell'ultima categoria non ho compreso il processo del Catterina (6), che con la sua nefrocatafrassi sospendeva alla XII costola una gabbietta metallica entro la quale aveva introdotto il rene, nè quello del Mariani (16), che denudava la XII costola del suo periostio, e dopo averlo arrotolato, lo infilava per mezzo di un trequarti attraverso al rene per fermarlo poscia ai muscoli dell'XI spazio intercostale.

Questi processi, ai quali anche il Giordano nel suo ben noto trattato di chirurgia non seppe trovare una parola di conforto, non incontrarono il favore dei chirurghi; il rene in gabbia e quello allo spiedo, per usare le parole di Giordano riferentisi ai due metodi suddetti, esasperati dalle loro sofferenze chiesero aiuto: quello dell'operato del Catterina pare sia stato liberato da un altro chirurgo che lo dovette asportare, all'altro invece diedero salvezza gli operatori abbandonando il metodo del suo autore.

Però era stata eccessiva l'alacrità e la foga dei chirurghi nello spogliare il rene della sua capsula fibrosa: si era cominciato timidamente con poco e si era finito col toglierla tutta impunemente,

come prima dal passaggio di due soli fili attraverso il rene, si era arrivati a passarne perfino 14.

Quell'eccesso doveva pur essere frenato. Già nel 1892 lo Zatti (34) aveva dimostrato coi suoi esperimenti sugli animali, che estirpando la capsula fibrosa del rene si producono delle alterazioni flogistiche e degenerative nella sostanza corticale senza accenno alla riproduzione del parenchima renale. Nel 1895 il Penzo (l.c.) avendo istituito delle ricerche sperimentali per confrontare i risultati finali dei diversi metodi di nefropessia, concludeva non doversi riporre grande assegnamento nell'adesione del parenchima renale decorticato alla ferita lombare, tanto che questa si poteva ottenere con migliore sicurezza soffregando invece la capsula fibrosa del rene e la zona lombare alla quale si vuole apporre il rene con soluzione di cloruro di zinco all'8 %, come aveva insegnato il Bassini, suo Maestro; aveva inoltre riscontrato in alcuni casi, la sclerosi cicatriziale dell'organo. Fu in seguito a questo periodo che il sistema della decorticazione del rene cominciò ad essere usato come cura chirurgica delle nefriti e passò sotto il nome di *operazione di Edebolhs,* perchè fu questo il primo ad applicarlo. Di qui ebbe origine la lunga serie di osservazioni anatomo-cliniche e di ricerche sperimentali di controllo tendenti a constatare quale era il destino anatomico e funzionale del rene nefritico trattato con la decorticazione. Era lecito almeno sperare che dai risultati di questi studi venisse un raggio di luce più viva a rischiare tale questione che si agitava nel campo della nefropessia; invece tale speranza fallì perchè le conclusioni alle quali furono tratti i diversi autori, non potevano essere più contradditorie. E cioè, mentre taluni affermavano di avere constatato miglioramenti e guarigioni stabili in seguito all'atto operativo, altri invece sostenevano che per questo il rene va incontro a gravi pericoli. Se in realtà si erano ottenuti ottimi successi nella clinica dall'enucleamento della capsula adiposa (nefrolisi) in casi di nefralgie o di ematurie essenziali in cui il rene, tolte le aderenze perirenali, aveva in breve risentito il benefico effetto funzionale di questa liberazione, se numerose erano le constatazioni concordi che in gran parte delle nefriti giunte al periodo dell'anuria, la decorticazione del rene riesce una risorsa terapeutica preziosa, tanto che è capace di ripristinare la salute del paziente e la vitalità del rene; a conclusioni diverse vennero invece gli esperimentatori che, dopo aver decapsulato i reni normali o quelli di animali, ai quali avevano cercato di produrre artificialmente la nefrite, studiarono poscia lo stato anatomico dell'organo, in un tempo lontano dalla operazione. Infatti allato a coloro che proclamarono l'innocuità della decapsulazione renale sorsero altri a combatterla e negarla, mettendo in evidenza le alterazioni degenerative alle quali andava soggetto il rene in seguito alla decorticazione. Ed anche il concetto di Edebolhs e suoi seguaci, secondo il quale il rene dovrebbe risentire un grandissimo beneficio dal ristauro di una nuova circolazione periferica sostenuta dalle neoformazioni vasali nella nuova capsula, fu discusso e contrastato da coloro che negarono la esagerata importanza concessa a tale circolo, il quale anzi finisce col rimanere distrutto in seno al connettivo della neo-capsula allorchè questo si addensa e si sclerotizza.

Ognuno vede quindi quale contrasto esiste fra i reperti clinici e quelli sperimentali; mentre i primi parlano in favore della decapsulazione del rene nel decorso della nefrite, gli ultimi si dichiarano avversi a tale intervento.

Io penso che i miglioramenti che si possono constatare nei nefritici in un primo tempo in seguito alla decorticazione renale, si debbano ascrivere al fatto che scemando per tale operazione la tensione e la velocità del circolo renale, può il cuore rimettersi nella sua potenzialità e prendere il sopravvento avvantaggiandosi della diminuita resistenza portata al suo lavoro; col tempo poi man mano che la nuova capsula si riproduce (anche se si inspessisce più del normale come vogliono taluni) e le anastomosi periferiche si vanno facendo più rade sotto l'invadente trasformazione del connettivo, il ventricolo sinistro ha tutto il tempo per ipertrofizzarsi e far fronte al graduale ritorno dell'aumentata pressione del circolo renale. Gli esperimentatori hanno rivolto il loro studio al rene che avevano operato e lo trovarono poi anatomicamente alterato; i clinici invece hanno studiato la funzionalità renale e lo stato generale del malato dopo l'intervento, e giudicarono questo favorevolmente non tenendo conto del coefficiente cardiaco, tanto più che la maggior parte delle loro osservazioni manca dei reperti d'autopsia. Vien quindi fatto di domandare se può esser considerato buono un atto operativo che costringe un altro organo ad un lavoro oltre il normale e fa malare quell'altro sul quale era stato diretto. Altrettanto si può dire della nefropessia attuata per mezzo dei fili che attraversano il parenchima renale.

Mi è parso opportuno prendere in esame le obbiezioni che sono state mosse ai diversi metodi operatorî di nefropessia, nonchè la questione dell'intervento chirurgico nelle nefriti, la quale si collega intimamente con quello degli esiti postumi della decapsulazione del rene, allo scopo di concludere quale dei tanti sistemi deve essere

considerato il più proficuo e il più razionale. Intanto se è dimostrato che i metodi di nefropessia che consistono sì nel fissare il rene per mezzo di fili che lo attraversano, che nel decorticarlo per farlo meglio aderire alla sua loggia debbono essere messi in pratica con una certa diffidenza, restano da prendersi in considerazione quei processi operatori secondo i quali la fissazione del rene si ottiene per mezzo di lembi muscolo-aponevrotici presi a prestito dalla massa lombare. Per questi gli esperimenti di controllo sugli animali, come per gli altri sistemi già passati in rassegna, fanno difetto. Del resto è troppo naturale che sia inutile mettersi alla ricerca di lesioni insorgenti nei reni quando questi organi con tali processi vengono lasciati immuni.

Però è bene saperlo che anche ad essi la critica non ha saputo risparmiare qualche parola contraria. Così, ad esempio, sono stati incolpati tutti di essere troppo artificiosi e quindi poco pratici; al metodo del Giannetasio poi, che più ci interessa perchè ha qualche punto di somiglianza con quello da me proposto, è stato obbiettato di non garantire debitamente della perfetta emostasi della finestra capsulare. Infatti il metodo dell'A. consiste nell'isolare a mò di bottoniera dal margine esterno del m. quadrato dei lombi un fascetto muscolare che si lascia in connessione intatta, in alto e in basso col resto del muscolo; attraverso a questa fessura fa passare un lembo capsulare quadrangolare del rene, di altezza corrispondente, foggiato a sportello col suo margine aderente verso l'ilo renale, per ribatterlo a ridosso del fascetto muscolare e portarlo di nuovo a contatto con l'altro margine dell'incisione primitiva fatta sulla capsula del rene. Si è obbiettato a questo metodo di essere difficile portare a contatto il margine dello sportello capsulare con l'altro suo corrispondente sul rene e ciò per la presenza del fascetto muscolare interposto, cosicchè l'emostasi non potrebbe mai riuscire perfetta.

Il Giannetasio ha risposto che la perdita di sangue susseguente alla decapsulazione di quel tratto di rene è sufficiente per lasciar posto all'introduzione del fascio muscolare.

Uniformandomi ai precetti della clinica e della patologia sperimentale io ho pensato ed eseguito un processo di nefropessia che su numerose esperienze fatte sul cadavere e sugli animali e già in un caso sulla donna mi si è dimostrato di sicura attuazione e mi ha sempre dato ottimi risultati.

DESCRIZIONE DELL'OPERAZIONE.

I° Tempo. — Messo il malato nella posizione classica in modo che il fianco corrispondente al rene malato sia più alzato e sporgente, pratico l'incisione cutanea retto-curvilinea di Guyon avendo cura di mettere in evidenza il margine laterale della massa muscolare sacro-lombare e con essa quello del m. quadrato dei lombi; isolo i n. grande e piccolo addomino-genitali. Giunto sulla fascia del Zuckerkandl la incido francamente pel lungo ed arrivo così sulla faccia posteriore della capsula adiposa del rene: ho cura di asportare quanto più è possibile di quest'ultima perchè è dimostrato che l'interposizione di essa fra il rene e la sua loggia dopo l'atto operatorio ne disturba notevolmente il processo di adesione. I due lembi del foglietto retrorenale vengono fissati ognuno con una pinza al margine corrispondente dell'incisione cutanea come si fa del peritoneo nelle laparotomie e per ottenere spazio nonchè una buona illuminazione del campo operatorio mantengo divaricata la breccia con una pinza dilatatrice da laparotomie. Il rene allora spogliato del suo involucro adiposo mi appare in fondo alla ferita: lo si afferra con le dita e si porta all'esterno nella breccia cercando di mantenervelo mediante una flanella di garza insinuata al davanti di esso sotto la costola. Prima però di estroflettere il rene soglio frizionare la superficie di parete lombare alla quale dovrà in seguito aderire la sua faccia posteriore mediante una soluzione all'8 % di cloruro di zinco; lo stesso si fa della superficie renale posteriore allorchè il rene è stato posto fuori dalla ferita; preferisco mettere in opera tale espediente in questo momento dell'operazione in cui la faccia posteriore del rene non è stata ancora intaccata perchè dopo, allorchè su di essa si è intervenuti, il soffregamento riuscirebbe incompleto o potrebbe guastare l'operazione.

II° Tempo. — Sulla faccia posteriore del rene faccio allora due incisioni rettilinee, verticali e parallele, della lunghezza di 2 cm. e mezzo e distante 1 cm. o poco più tra loro, intaccando la capsula propria ed un tratto superficialissimo di sostanza parenchimale; insinuato allora il tagliente sotto una di queste incisioni lo si dirige a piatto verso l'altra in modo da raggiungerla; resta così staccato e sollevato un ponte costituito dalla capsula fibrosa e da una parte superficiale di parenchima renale. In questo momento isolo per via ottusa un fascetto muscolare dal margine laterale del m. quadrato dei lombi e ne distacco l'inserzione distale rispettando soltanto quella costale: il fascetto deve essere di proporzioni tali che permettano d'insinuarlo sotto il ponte scolpito sul rene; passando allora una pinza di Kocher sotto il lembo capsulare, si afferra con essa l'estremo del fascetto muscolare e lo si fa passare sotto il ponte fino a farlo uscire dall'altra parte in modo che una sua metà sia a destra e l'altra a sinistra di esso. A questo punto

il deflusso di sangue che era apparso dopo il distacco del lembo capsulo-parenchimale cessa immediatamente per la compressione esercitata su quello del fascio muscolare interposto che funziona quindi anche da tampone. Un punto di sutura in seta che unisca il ponte al fascetto muscolare sottostante e qualche altro in catgut che porti di nuovo a contatto per quanto è concesso i margini capsulari corrispondenti pel tratto che non è attraversato dal muscolo completano questo tempo dell'operazione.

III° Tempo. — Si passano nel fascio muscolare quattro anse di fili di seta ad eguale distanza l'uno dall'altro senza annodarle, si mette allo scoperto la XII costola per quanto è necessario, si toglie la flanella di garza, si abbandona il rene e lo si lascia adagiato nella sua cavità, infine si passa un capo di ogni ansa à ridosso e al disopra della XII costola in modo da abbracciarla e facendolo fuoruscire all'esterno lo si annoda al suo corrispondente. Terminato questo tempo si vede l'organo risalito in alto nella sua loggia tanto che solo il suo polo inferiore appare al di sotto della costola.

La riunione delle parti molli è poi eseguita secondo le norme solite.

Il fatto che la stabilità della fissazione renale è riuscita sicura in tutti i casi di esperimenti da me eseguiti sugli animali e che per brevità non riporto, l'avere in questi trovato costantemente il fascio muscolare trasformato in un cordone fibroso saldamente unito al periostio costale e l'esito ottimo ottenuto nel caso da me operato, tutto ciò m'induce a rendere di pubblica ragione tale metodo operatorio. La mia malata, certa L... A..., da San Martino, soffriva da oltre dieci anni di coliche appendicolari, di gastralgia e di itterizia ad intermittenza; riconosciuto che l'origine di tale sintomatologia era il rene destro ptosico di secondo grado, la operai di nefropessia; essa stette sempre bene, i disturbi che fino allora l'avevano resa sofferente scomparvero totalmente, l'esame delle urine non diede niente di anormale ed anche oggi, dopo parecchi mesi dall'operazione le sue condizioni continuano ad essere ottime.

Non nascondo che l'attuazione di questo processo richiede una tecnica paziente, accurata e molto precisa; con queste precauzioni esso non mi ha mai fallito.

Mi pare inoltre che sia consono alle esigenze della clinica e risponda ai risultati della patologia sperimentale perchè se gli altri metodi peccano pei pericoli nei quali incorrono o per la decapsulazione del rene o pel passaggio dei fili, con questo mio metodo invece il rene rimane immune da tali inconvenienti.

È stato per dimostrare questo punto principale che ho creduto opportuno richiamare nel principio di questo lavoro l'attenzione vostra sulle questioni che si sono agitate in vario senso intorno ai diversi sistemi di nefropessia e sui risultati degli esperimenti rivolti a questo scopo.

Il fatto cioè che nessun filo attraversa il rene (eccettuati quei pochissimi punti più che superficiali), che viene decapsulata una parte limitatissima del rene della quale non si deve neppure tener conto, che la lieve emorragia corticale consecutiva è frenata dall'interposizione del fascio muscolare, sono questi tutti elementi che considerati insieme con quelli suesposti mi dànno coraggio a ripetere questo metodo altre volte ancora nella mia pratica chirurgica.

BIBLIOGRAFIA.

1. ANTONELLI. Memoria originale.
2. BARTH. Archiv. für klinische Chirurgie, Bd. I. Heft I.
3. BASSINI. *Ann. Univ. di Medicina*, 1882.
4. BIONDI. Riforma medica, 1905.
5. BRODEUR. Paris. Masson, 1886.
6. CATTERINA. Suppl. al Policlinico, 1899.
7. CECCHERELLI. Riv. clinica, 1884.
8. DELAGENIÉRE. Thèse de Paris, 1892.
9. EDEBOHLS. Ann. of Surgery, 1891.
10. GIANNETASIO. Riforma medica, 1901.
11. GUITERAS. Med. Record, 1903.
12. GUYON. Bull. de l'Acad. de Méd., 1889.
13. HAHN. Zentr. f. Chir., 1881.
14. KOCHER. *Medicina operatoria*. F. Vallardi.
15. JABOULAY. Lyon Méd., 1895.
16. MARIANI. Gazzetta degli Ospedali, 1904.
17. MASTROSIMONE. Policlinico, s. p., 1894.
18. MAZZONI. Policlinico, s. c., 1894.
19. MORISANI. *Memorie chirurgiche in onore di F. Bottini*.
20. MORRIS. Med. Record, 1901.
21. OBALINSKI. Centr. f. Chir. 1897.
22. PAVONE. Policlinico s. c., 1895.
23. PENZO. Riforma Medica, 1895.
24. RIEDEL. Berl. klin. Woch., 1892.
25. RUGGI. Riforma med., 1903.
26. SCHIASSI. Riv. critica di Clinica Medica, 1905.
27. SENN. N. Journal of the Amer. Med. Ass. 1897.
28. SERAFINE. Année chir., 1899.
29. SOTTOCASA. Clinica chirurgica, 1898.
30. TRICOMI. Supplem. al Policlinico, 1896.
31. TUFFIER. *Etudes expér. de la Chirurgie du rein*. Paris, 1889.
32. VANNEUFVILLE. *De la néfrorraphie*. Th. de Paris, 1888.
33. VULLIET. Riforma Medica, 1895.
34. ZATTI. Riforma Medica, 1892.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Nuova operazione per la cura delle paralisi spastiche.

(STOFFEL. *Presse médicale*, n. 26, 1912).

Nelle contratture o spasmi muscolari dell'emiplegia cerebrale, e nel morbo di Little, lo spasmo e l'ipertonia muscolare dominano la scena, e dissimulano quasi completamente la paresi o paralisi dei muscoli: la contrazione volontaria del muscolo non è abolita, ma ostacolata e mascherata dollo spasmo. A diminuire questa ipertonia muscolare, ed a dare ai muscoli antagonisti la loro azione cooperatrice Förster ha recentemente proposto di sopprimere uno dei conduttori dell'arco riflesso, sezionando la radice posteriore.

L'A. invece opera sul nervo motore sopprimendo la contrazione muscolare in parte e non *in toto*. Egli parte dalle seguenti considerazioni: ogni muscolo si deve considerare come la riunione di più segmenti, a ciascuno dei quali va una branca del nervo motore corrispondente. La sezione quindi di una delle branche del nervo produce una paralisi isolata del segmento muscolare nel dominio di detta branca. Non potendo attaccare la branca motrice di un segmento muscolare determinato, noi ci contenteremo della resezione parziale del nervo. I tronchi nervosi degli arti non debbono considerarsi come formazioni semplici, ma come dovute alla riunione di più branche motrici e sensitive isolate Ciascun segmento nervoso rappresenta la via motrice per una determinata porzione di muscolo, quindi ove si resechino alcuni segmenti di nervo le corrispondenti porzioni muscolari contratte diverranno paralitiche, ed il muscolo *in toto* sarà impotente a vincere l'azione degli antagonisti, e il suo spasmo non si potrà più mantenere. Intanto gli altri segmenti muscolari, di cui l'innervazione è conservata, assicurano al muscolo la possibilità di azione, la sua normale funzione.

L'operazione praticata dall'autore sopprime subito lo spasmo, la contrattura, e quindi ristabilisce la funzione del muscolo prima contratturato. Prendendo in considerazione il grado della contrattura, la fisiologia e l'anatomia dei muscoli contratti, il valore dei muscoli sinergici e quello degli antagonisti, è facile determinare quale parte di nervo più o meno grande debba essere sezionata. Occorre resecare poco anzichè molto: potendosi con nuovo intervento completare la precedente operazione.

Ad aumentare la funzione dei muscoli antagonisti si userà: la ginnastica, il massaggio, l'elettricità.

L'A. riassume quindi i suoi casi che ammontano a nove. È intervenuto dieci volte per contrattura del tricipite surale, cinque volte per spasmo dei pronatori e flessori della mano, tre per contratture spastiche del ginocchio e delle dita, una volta a livello del quadricipite femorale e muscoli tibiale anteriore e posteriore.

L'intervento è semplice, poco grave, di breve durata, senza medicature ripetute e complicate, senza lunga cura complementare.

G. QUARTA.

Trapianti nervosi eterologhi nell'uomo.

(E. DUROUX. *La Prov. méd.*, 15 giugno 1912).

È la prima applicazione, seguita da successo, del trapianto nervoso eterologo, eseguito dal professore Jaboulay nell'uomo. Il soggetto era un giovane di 25 anni che aveva ricevuto un colpo di coltello alla parte media del braccio, verso il bordo interno del bicipite. Nel suo ingresso all'ospedale per l'ematoma considerevevole, per la assenza del polso sulla radiale, per la paralisi della mano, e per l'anestesia, interviene il Duroux, vuota l'ematoma, allaccia l'omerale (arterie e vene) gravemente lese, e sutura moncone centrale e moncone periferico, il cubitale e rispettivamente il mediano nettamente troncati dal trauma.

Nè la sensibilità nè la motilità risentirono dall'atto operativo alcun benefizio, e dopo qualche tempo seguì atrofia delle eminenze tenar, ipotenar, degli interossei. Al 5° mese comparve debole la pulsazione della radiale fino allora assente.

Per la paralisi e l'anestesia persistente, il professore Jaboulay procede ad un tentativo di sutura secondaria. Difficile fu dissociare dal tessuto cicatriziale il moncone periferico dei nervi lesi: la retrazione avea portato tale un accorciamento che tra capo centrale e periferico restavano 8-10 cm. di perdita di sostanza. Il prof. C. Jaboulay tentò uno sdoppiamento del capo centrale, che diminuì così la perdita di sostanza nervosa di circa 2 cm., quindi per trasfissione, con due crini di Firenze avvicinò le due estremità prossimale e distale fino a 6 cm.

Il risultato funzionale di questo secondo atto operativo fu egualmente negativo; anzi i disturbi trofici aumentarono, e le dita acquistarono una posizione ad artiglio.

Dopo un anno dell'accidente il prof. Jaboulay decise un nuovo intervento per tentare il trapianto eterologo nervoso.

Ritrovati con una certa difficoltà il capo centrale e il periferico, una distanza di 15 cm. saparava l'uno dall'altro.

Si ricorse per il trapianto al grande sciatico per il cubitale e al piccolo sciatico per il mediano, sezionati in lunghezza sufficiente da un cane. Questi nervi furono raccolti col tutta l'atmosfera perinervosa e messi tra compresse asettiche. Dopo 18 giorni la cicatrizzazione era perfetta. La sera stessa dell'operazione il ferito presentava nelle dita paralizzate delle scosse convulsive, *e al 3° giorno*, alla prima medicatura il *movimento di flessione, di abduzione, di adduzione del po so erano possibili. Al 5° giorno comparve la sensibilità nell'eminenza tenar, e questa sensibilità migliorò e si estese nei giorni seguenti alla palma della mano, al pollice, alle prime falangi dell'indice e del medio*; ancora per un mese però rimasero insensibili le falangine del medio e dell'indice, il ritorno della sensibilità nel dominio del cubitale fu più lenta ed ancora (dopo 5 mesi) non è completa.

La sensibilità termica è comparsa quasi contemporaneamente, il senso stereognostico verso la fine del 1° mese.

I vasomotorî ripresero la funzione verso il 12° giorno: i movimenti sono progressivamente migliorati, ma ancora incompleti per l'estensione, tuttavia il malato può scrivere, tenere il bicchiere, e compiere alcune occupazioni che in una certa misura, gli permettono di guadagnarsi la vita.

Per bene apprezzare il valore dei movimenti limitati bisogna ricordare l'atrofia alla quale i gruppi muscolari erano andati incontro, e all'artrite interfalangea, e metacarpo-falangea insorta per l'immobilizzazione dell'arto.

Dinanzi ad una perdita di sostanza di 15 cm. i metodi che si potevano mettere in discussione erano:

1° l'anastomosi nervosa;

2° l'operazione dello sdoppiamento (Létiévant);

3° La formazione d'una guida congiungente lungo la quale il nervo si potesse rigenerare;

4° il raccorciamento dell'arto con la resezione dell'osso e la sutura di monconi ravvicinati;

5° l'utilizzazione dei trapianti nervosi.

L'anastomosi nervosa non si poteva utilizzare nel caso in ispecie poichè sia il mediano che il cubitale presentavano la medesima grave perdita di sostanza.

Il metodo di Létiévant fu utilizzato dal professore Jaboulay nel secondo intervento, ma non si guadagnarono che due centimetri. Al 3° metodo, consigliato dagl'inglesi e dagl'italiani (interposizione di fili di catgut, d'un frammento di vena od arteria, non era da pensare, data la lunghezza della perdita di sostanza.

L'accorciamento dell'osso per la lunghezza di 15 cm. era metodo troppo pericoloso, data pure l'incertezza del risultato finale, non rimaneva che il metodo del trapianto (auto-omo-eterotrapianto). Data la grossezza dei nervi lesi era difficile ricorrere al femor o cutaneo, o al safeno interno come alcuni autori hanno consigliato, d'altra parte ben in 30 casi pubblicati all'estero s'era ricorso agli eterotrapianti.

Nella storia del malato riferita dall'A. un fatto è notevole a differenza dei casi finora pubblicati: mentre in questi la sensibilità e la motilità sono ritornate con grande lentezza (9 mesi, un anno) sì da considerare il tratto nervoso interposto come una guida alla rigenerazione nervosa, nel caso del Jaboulay il ritorno della sensibilità e della motilità è stato rapidissimo: forse la ragione è nel fatto che nel caso dell'A. servirono per il trapianto dei tronchi nervosi viventi, mentre gli altri utilizzarono tronchi nervosi morti. Non basta: il trapianto non deve essere fatto del solo tronco nervoso, ma anche dell'atmosfera, nella quale esso vive, in maniera che la vita continui facilmente incorporata in mezzo al nuovo tessuto. Per la presa del trapianto l'A. ha seguito il seguente metodo: si praticano due incisioni parallele all'asse del nervo, distanti da esso da 2 a 4 cm.: queste incisioni permettono di liberare tutto il tessuto cellulo-vascolare perinervoso senza compromettere la struttura di esso: si adatta questo tronco vivente tra i due monconi resecati, in maniera che combacino perfettamente le sostanze nervose. Due fili sono sufficienti per mantenerlo a posto ai due capi.

Per l'applicazione del metodo meglio si è non attendere troppo, e operare prima che le atrofie presentino un ostacolo alla rapida ripresa della funzione motoria.

T. PONTANO.

SEMEIOLOGIA.

Sull'importanza della sonda gastrica nella diagnosi delle malattie dell'apparato digerente.

(MAX HENIUS. *Deutsche med. Woch.*, n. 11, 1912).

Siccome la sonda gastrica molle è per molti medici l'*ultimum rifugium*, si comprende che i pazienti ne abbiano in genere paura.

Essa è però di uso innocuo e di capitale importanza per diagnosticare le condizioni dell'esofago e del cardias (eventuali stenosi), il chimismo e la motilità dello stomaco. Chiusa ad un'estremità e contenente mercurio riesce utile per la radioscopia.

Controindicazioni: affezioni gravi del cuore e dei polmoni, aneurismi, gravidanza inoltrata, ematemesi, mestruazione (nella mestruazione il chimismo gastrico presenta variazioni degne di nota).

Nelle ricerche sulle condizioni dell'*esofago* si adoperino sonde molli, grosse chè in tal guisa si eviterà di ferire l'esofago. Si potrà con la sonda localizzare la sede della stenosi eventuale e se, estraendo la sonda, si noterà che ad essa aderiscono muco, sangue, cenci fetidi si potrà diagnosticare una stenosi da cancro esofageo.

Si tenga presente il fatto che in caso di *diverticoli* esofagei si svuotano spesso con un primo sondaggio notevoli quantità di residui *non acidi* mentre con un secondo sondaggio si penetra talora facilmente nello stomaco.

Quando si sospetta l'esistenza di un diverticolo si usi prudenza perchè il fondo di esso in genere è sottile e si lacera facilmente.

Riesce più difficile il diagnosticare le *stenosi cicatriziali* dell'esofago: torneranno utili in tal caso i dati anamnestici.

Se esiste *spasmo nervoso* esso cede dopo un po' di tempo permettendo alla sonda di procedere liberamente.

Si usi prudenza nel sondaggio quando si sospetti la presenza di un corpo estraneo nell'esofago.

Queste ricerche possono essere sussidiate dall'esofagoscopia e dalla radioscopia, ma per il medico pratico l'esofagoscopia è molto più complicata della sonda.

Stomaco: Importantissima è poi la sonda molle nella diagnosi delle affezioni dello stomaco.

Le risposte del paziente non permettono al medico di trarre conclusioni certe, così il senso di bruciore non depone già sempre per iperacidità; i dolori di stomaco poi tutt'al più permettono di sospettare un'ulcera, l'esame della lingua non autorizza a concludere in modo sicuro. È capitato all'A. di trovar pulita la lingua di un paziente quando già avvertiva la presenza di un neoplasma gastrico colla palpazione.

Vennero escogitati vari metodi per sostituire la sonda gastrica, tutti però meno precisi:

1° Reazione desmoide di *Sahli* (si dà al paziente un sacchetto contenente bleu di metilene e chiuso con catgut greggio che vien digerito solo se esiste acido cloridrico). Se il sacchetto si apre il bleu di metilene viene eliminato colle orine. Quando la colorazione delle orine compare in 20 ore trattasi di chimismo gastrico normale. Questa prova avrebbe valore sino ad un certo punto solo se negativa.

2° *Metodo di Fuld.* — Dopo di aver somministrato una colazione di prova si dia al paziente una soluzione acquosa di bicarbonato sodico e si ascolti lo stomaco prima e dopo l'ingestione di questa dose di bicarbonato. Se prima dell'ingestione non esistevano rumori che invece compaiono distinti dopo, esiste acido cloridrico. Questo metodo semplice ed abbastanza sicuro costituisce pur sempre un « pis aller ».

L'esame del vomito dà risultati scarsi. La palpazione di uno stomaco disteso coll'insufflazione spesso non fornisce dati utili. (L'A. preferisce la miscela aerogena).

Il rumore di guazzamento non ha grande valore.

Riuscirebbe utile (Boas) la palpazione della sonda molle attraverso le pareti dell'addome in persone magre per poter stabilire il sito della grande curvatura.

Non si dia soverchia importanza alla Röntgenscospia che può riuscire utile solo se ripetuta e coll'unione degli altri sussidi diagnostici.

Per l'*ulcera gastrica* si tenga presente, contrariamente a quanto si credeva, che nel 50 % dei casi l'acidità è normale, mentre talora esiste ipercloridria nel cancro. Più che la sonda riesce utile la ricerca di traccie di sangue nelle feci (colla fenolftaleina) dopochè il paziente da due giorni osservi dieta senza carne. (Una insufficienza motrice con mancanza di acido

cloridrico e con traccie di sangue nel contenuto gastrico e nelle feci autorizza la diagnosi di probabilità di cancro).

La prova di Salomon non è pratica per il medico fuori dell'ospedale, la gastrodiafania neppure. Forse la gastroscopia perfezionata da Elsner renderà servizi, ma per ora la sonda molle costituisce il più valido sussidio diagnostico.

Dott. GUIDO MALAN.

Il valore diagnostico degli esami dei fermenti gastrici nelle malattie di stomaco.

(RÜTIMEYER. *Archiv für Verdauungskrank.*, Bd. 18, H. 5).

Lo studio dei fermenti gastrici comincia a tornare di nuovo in onore, suscitando però sul suo valore numerose discussioni.

Le osservazioni dell'A. sono interessanti perchè si riferiscono ad esami comparativi del labfermento e della pepsina ripetuti parecchie volte nello stesso paziente e quindi è bene svolta la questione dell'identità o no dei due fermenti.

Per la ricerca quantitativa del presame l'A. si è servito del metodo di Boas modificato dal Cohnheim. Esso consiste nel fare diluizioni successive di succo gastrico da 1 : 10 a 1 : 360; in ogni provetta si versano 5 cmc. di soluzione di succo gastrico in concentrazione differente, 5 cmc. di latte bollito e 2 ½ cmc. di una soluzione di cloruro di calcio all'1 %. Si lasciano quindi le provette per 20 minuti a bagnomaria a 38°.

Per l'esame quantitativo approssimativo della pepsina l'A. si è servito del metodo di Mett, diluendo il succo gastrico con soluzione 1/20 normale di acido idroclorico nella proporzione di 1:16. Si adoperano 3 tubetti di Mett e si pratica la lettura facendo la media delle sei porzioni di albumina digerita. Nei casi di achilia l'A. ha determinato anche la presenza di pepsinogeno per mezzo di fiocchetti dei fibrina colorati al carminio, aggiungendo al succo gastrico non diluito HCl puro, finchè nel liquido non appariva la reazione del rosso congo. Con acidità normale (A. T. 40-60: HCl libero 20-40) i valori della pepsina ottenuti col metodo di Mett variarono da 2.5 a 14 millimetri: la media era di 6.5 mm.

Ricerche di controllo furono praticate col metodo della ricina e dell'edestina; però l'A. ha rilevato che dal punto di vista pratico il metodo di Mett è il più indicato.

La titolazione dell'acidità totale fu fatta colla fenolftaleina, quella dell'acido idroclorico libero col dimetilamidoazobenzolo; il *deficit* dell'acido idroclorico fu determinato per mezzo del metodo di Tupfel colla carta al rosso congo.

L'A. fa anzitutto rilevare le difficoltà della diagnosi differenziale tra achilia nervosa, per lo più su base neurastenica, da quella secondaria ad una gastrite cronica: egli, in base alle sue ricerche, dà importanza nell'achilia nervosa all'eterochilia, alla buona chimificazione della colazione di prova, all'assenza di muco nel contenuto dello stomaco a digiuno, alla breve durata dei disturbi dispeptici ed infine alla prova desmoide di Sahli che sarebbe positiva nell'anacidità nervosa nello stesso giorno in cui si è constatata achilia.

L'A. ha inoltre constatato in una serie di ricerche che il contenuto in quaglio ed in pepsina dello stomaco digiuno è nel carcinoma gastrico nella massima parte dei casi maggiore di quello che si rileva dal contenuto gastrico estratto dopo il pasto di prova. Nella stenosi benigna egli ha invece constatato il fatto contrario: non si tratta però di dati di valore assoluto.

Senza entrare nei particolari mi contenterò solo di accennare alle conclusioni a cui l'A. si crede autorizzato.

Nell'achilia, comprendendo sotto questo nome sia quella dipendente da carcinoma gastrico, sia quella secondaria a gastrite o quella funzionale, l'assenza completa dei fermenti adoperando succo gastrico non diluito si può considerare eccezionale. Nel carcinoma gastrico e nell'achilia nervosa si può anzi avere un aumento del labfermento; quindi, se, in seguito a ripetuti esami, riscontriamo l'azione del labfermento anche nelle diluizioni di 1 : 10, è più probabile che si tratti di un'achilia gastritica che di una anacidità nervosa. Il potere peptico, secondo le ricerche dell'autore, avrebbe invece minore valore diagnostico. È importante l'osservazione dell'A. che anche nell'assenza completa della pepsina e dell'acido idroclorico si può avere la ricomparsa totale di essa senza che compaia con ciò la presenza di acido idroclorico libero. Nelle affezioni maligne sembra che durante il loro sviluppo si verifichi un abbassamento del contenuto in fermenti; però sono necessarie a questo proposito ulteriori osservazioni.

Molte osservazioni dell'A. servono a dimostrare che la secrezione del labfermento, della pepsina e dell'acido idroclorico sono tra loro indipendenti; il parallelismo che talora si constata non va considerato come costante. Una maggiore relazione esiste però tra la secrezione del labfermento e quella della pepsina e quindi non è possibile risolvere dalle suddette osservazioni la questione della differenza dei due fermenti in modo assoluto.

P. ALESSANDRINI.

IGIENE ALIMENTARE.

Dell'uso delle carni refrigerate e congelate.

L'applicazione scientifica del freddo ha indirizzato le energie sociali ad una nuova industria tanto importante per quanto rimunerativa, che ha preso posto nell'economia delle Nazioni conquistando ormai tutto il mondo.

Coll'industria del freddo è possibile conservare in modo quasi indefinito i prodotti della terra, sieno essi di natura vegetale od animale, per poi trasportarli dove il bisogno li richiede.

La quistione gravissima del caro dei viveri quindi non può essere risolta, almeno in parte, se non con l'applicazione economica dell'industria del freddo indirizzandola alla conservazione delle derrate alimentari e specialmente delle carni.

Per quanto sia stato detto e discusso intorno all'argomento delle carni refrigerate e congelate non sarà mai abbastanza tornarci sopra, data l'importanza dell'argomento e l'apatia da un lato e la diffidenza ed il disprezzo dall'altro con le quali noi, tutti compresi, accogliamo le cose nuove e specialmente ciò che riguarda l'alimentazione.

L'uso delle carni refrigerate e congelate è incominciato ad entrare da noi di recente molto timidamente, e per quanto gl'industriali in molte città ne vadano propalando l'uso, pure la diffidenza e specialmente il disprezzo non è stato ancora completamente vinto, per quanto studi importanti e pregevoli sull'argomento, eseguiti anche da noi, confermino che queste carni possono essere adoperate senza inconvenienti.

Del resto la grande diffidenza e disprezzo che molti hanno sulla carne refrigerata e congelata, ha la sua spiegazione nella limitata conoscenza che si ha sull'applicazione scientifica del freddo come oggi si pratica.

La conoscenza dell'azione del freddo nella conservazione delle sostanze organiche possiamo farla risalire alla celebre scoperta fatta dal Pallas, quale esploratore delle regioni nordiche, che nel 1799 rinveniva alla foce del Lena il famoso Mammouth conservato così bene dai ghiacciai per un periodo più volte millennario, che egli ed i suoi compagni poterono nutrirsi delle sue carni.

Dall'epoca del Pallas i primi esperimenti sulla conservazione delle derrate alimentari per mezzo del freddo si rintracciano nel 1856, ma ebbero a base il ghiaccio e per di più quello naturale; fu infatti per opera del Nice, che nell'America del Nord sorse la prima ghiacciaia.

Furono precisamente queste applicazioni del ghiaccio (freddo umido), che ritardarono il momento in cui fu possibile servirsi delle basse temperature, e che crearono inoltre quel disprezzo alle carni conservate col freddo, dei quale ancora se ne risentono le conseguenze.

La conservazione mediante il ghiaccio non riveste nessuno dei caratteri di praticità scientifica e di utilità economica, i quali invece si riscontrano nell'impiego delle basse temperature ottenute con i procedimenti meccanici.

Delle ghiacciaie può consigliarsi l'uso solo per qualche giorno, perchè l'aria non rinnovandosi in esse si satura facilmente di umidità e di germi, e quindi i prodotti assorbono per la loro superficie di contatto l'acqua del ghiaccio fondente e le impurità che esso può eventualmente contenere; è così, che non si raggiunge lo scopo di conservare i prodotti ed in special modo la carne; questa, dice Schwarz (1), diviene molle e floscia, la superficie si fa brutta (marezzata) ed esposta all'aria si decompone rapidamente per la presenza dei batteri.

Oggi invece la conservazione delle derrate alimentari e particolarmente della carne si pratica col raffreddamento dell'aria ambiente (freddo secco), che si ottiene mediante meccanismi che utilizzano il principio della compressione e della espansione dei gas.

È stato il Ch. Tellier che in Francia intorno al 1870 inventò ed esperimentò un apparecchio frigorifico all'etere metilico in cui era giunto a produrre un'atmosfera fredda e secca riunendo così le condizioni volute per una più lunga conservazione che gli permisero il trasporto delle carni dall'America.

Le esperienze furono fatte allo stabilimento d'Auteil ed assistite da una Commissione dell'Accademia delle Scienze; Bouley ne fu il relatore (2).

Il risultato di queste esperienze fu tanto soddisfacente, che già nel 1876-77 si fece la prima grandiosa esperienza industriale trasportando col piroscafo *Le Frigorifique* 50 mila kg. di carne da Buenos Aires.

D'allora ad oggi il perfezionamento degli apparecchi frigoriferi ha raggiunto quasi la perfezione ed il meccanismo di conservazione dei prodotti è divenuto più razionale e più sicuro.

A testimonianza di ciò basterà ricordare alcune cifre.

L'importazione in Inghilterra dalle colonie inglesi e dai paesi stranieri di sola carne congelata e refrigerata nel 1905 raggiungeva:

Montoni congelati	N.	5,243,261	Dall'Australia, Nuova Zelanda, Rep. Argentina ed Uruguay.
Agnelli »	»	3,032,953	
Bovini »	Tonn.	119,343	
» refrigerati	»	161,894	Stati Uniti, Canadà, Rep. Argentina.

(1) *Maschinenkunde für den Schlachthofbetrieb.* Berlino, 1901.

(2) Comptes-rendus, 5 ottobre 1874.

Dall'Argentina si calcola che sieno state importate in Europa nel 1905 circa 40 mila tonnellate.

***

Si può applicare l'azione del freddo sulla carne in due maniere, per mezzo della refrigerazione e del congelamento.

Nel primo caso la carne non si congela, ma si mantiene vicino alla temperatura dello zero, in modo da non oltrepassare mai i +3°, +4°.

Questo processo si applica di preferenza alle carni che vogliono conservarsi sulla piazza di produzione per alcune settimane, al massimo 40 giorni, o quando debbano affrontare brevi viaggi.

Questo massimo di durata non può essere applicato a tutte le carni variando esso colla specie dell'animale produttore; così per es. mentre la carne di montone può essere conservata per 30 o 40 giorni, quella di bue non più di 22 a 28 giorni, e quella di vitello e di porco non oltre il 14° giorno.

Il congelamento invece è un processo di conservazione a più lungo termine ed è assai più stabile; si porta la carne alla temperatura di —20° circa in modo che si congeli intieramente, quindi si deve in seguito mantenere alla temperatura di —4° al massimo.

Si applica quest'ultimo mezzo alle carni che debbono conservarsi immagazzinate per un tempo lunghissimo, ed in quei paesi dove l'esuberanza del bestiame bovino ed ovino permette la grande industria dell'esportazione.

Nell'uno e nell'altro caso, allo scopo di avere un prodotto che risponda a tutte le esigenze della buona carne alimentare sia per la conservazione sia per i caratteri organolettici, occorre un processo di preparazione, che, senza entrare nei minutl dettagli tecnici, si può così brevemente riassumere.

La carne ben pulita, asportandone la testa e tutte le interiora, viene preparata in quarti se si tratta di grossi animali, in metà se vitelli ed interi se ovini; quindi è sottoposta ad una specie di evaporazione, nella cosiddetta camera fredda, per cui viene lentamente raffreddata alla temperatura voluta. Ciò si raggiunge esponendola ad una corrente di aria fredda ottenuta mediante la ventilazione artificiale.

Per la carne refrigerata questa temperatura oscilla da 14° a 15° sopra zero; dopo il tempo necessario la carne viene introdotta nelle camere fredde, dove subisce il vero processo di refrigerazione che non raggiunge mai lo 0°, nè oltrepassa i +3° a +4°, ed in tali condizioni è conservata; per la carne congelata si trasporta nella anticamera fredda e lentamente si lascia scendere la temperatura a —5° a —9°, quindi introdotta nelle camere fredde viene portata in congelamento a —15° a —20° poi mantenuta a —5°, —6° fino a richiesta.

Ha grandissima importanza in queste operazioni il grado igrometrico delle camere, che non deve essere maggiore di 75 e dovrà sempre conservarsi costante, per mezzo dell'aria circolante continuamente rinnovata, rispetto alla temperatura ed in relazione poi alla natura del prodotto; cioè, non eccessivo, non soverchiamente secco; nel primo caso si avrebbe rugiada nevosa alla superficie con la possibilità di sviluppo di muffe sulle carni refrigerate, mentre una soverchia secchezza produrrebbe una speciale essiccazione della superficie stessa.

Si deve procedere poi in modo molto razionale al disgelamento delle carni, allo scopo di far riacquistare ad esse il bell'aspetto evitando qualunque alterazione, e riducendo al minimo la perdita di peso per la evaporazione dell'acqua di condensazione.

A tale scopo nei frigoriferi si hanno delle camere speciali di disgelamento con apparecchi regolati in modo da poter riscaldare progressivamente la corrente dell'aria secca che vi s'introduce, di guisa che i prodotti che sortono dalle camere fredde, dopo il tempo necessario, prendano l'apparenza delle carni fresche, e possano essere esposte all'aria esterna senza pericolo di alcun inconveniente.

La scelta fra i due metodi di conservazione non è dubbia per il sistema della refrigerazione. Mentre la reazione del muscolo vivo è neutra, divenendo acida dopo poco la morte, cioè al momento della coagulazione della miosina coll'apparire della rigidità cadaverica, conservato il muscolo nei frigoriferi a bassa temperatura, acquista invece un certo grado di reazione acida solo dopo 8 giorni (1).

La refrigerazione favorisce inoltre il processo della maturazione, che oltre a dare alle carni un aroma e gusto migliore, perchè il processo di « frollatura » avviene in maniera più regolare e più razionale, dà una maggiore quantità di succo muscolare di quanto non dia la carne fresca.

La composizione chimica della carne resta completamente inalterata, così i tessuti restano nella forma e nella struttura naturale, mentre la striatura muscolare del muscolo viene sostituita dalla produzione di abbondanti granulazioni. La carne se anche dura e tigliosa si trasforma in alimento tenero e saporoso e di più facile digestione. Si producono inoltre dei fenomeni di peptonizzazione e di autodigestione sotto l'influenza di en-

(1) MÜLLER. Archiv. f. Hygiene, Bd. 47, 1903.

zimi specifici e di una speciale tripsina che esercita la sua azione anche in vita (1).

Al contrario la congelazione a parecchi gradi sotto zero, toglie in piccola parte la sapidità ai grossi quarti di bue in ispecie e sospende l'azione degli enzimi della maturazione.

Ecco perchè dovrebbe maggiormente consigliarsi e curarsi, laddove è possibile, il processo di disgelamento lasciando soggiornare poi per qualche giorno le carni congelate in ambienti a + 2° + 3° in opportune condizioni igrometriche, riattivandosi così in parte l'azione degli enzimi ed aumentando in tal modo le buone qualità ricordate da migliorare il gusto della carne.

Il commercio di fatto comincia a dare la preferenza alla refrigerazione che, come le cifre di consumo riferite dimostrano, in Inghilterra si pratica già su vasta scala.

Ciò avverrà al certo in seguito agli esperimenti favorevoli all'invenzione di I. A. Sinley; essa consiste nel conservare la carne refrigerata in camere dove per 2 a 4 ore si sia vaporizzata della formaldeide e quindi siasi fatto succedere il passaggio di una corrente di aria secca e sterilizzata, fino a che i vapori di formaldeide siano tutti eliminati; in queste condizioni il periodo di tempo di conservazione può essere protratto oltre ai 40 giorni per le carni di tutti gli animali.

Queste carni in Inghilterra già hanno un maggior valore di vendita di fronte alle carni fresche, per le loro squisite qualità acquistate nella conservazione.

Le alterazioni delle carni refrigerate, che si verificano dopo i 40 giorni, anche se conservate nelle condizioni indicate in ambiente sterilizzato, dimostrano come non sieno dovute ai batteri, ma a quei fenomeni di autolisi ricordati da Müller (2) che non sono arrestati dalla temperatura di + 2° a + 6°, ma sono rallentati.

Gli enzimi dopo aver favorito il lento processo di maturazione concorrono a dare alle carni una tenerezza esagerata del tessuto muscolare con i caratteri di sostanza alterata non commestibile.

***

Ricerche intorno alle modificazioni chimiche della carne per azione del freddo furono fatte per la prima volta dal Gautier nel 1897 (3) studiando comparativamente la composizione chimica di carni fresche ovine e bovine francesi e di carni congelate provenienti dall'Argentina.

Da questi studî il Gautier rilevò che le carni congelate contengono meno acqua ed una percentuale di principî nutritivi assimilabili più elevata delle carni fresche: la digeribilità *in vitro* è uguale.

Contrariamente a quanto spesso si asserisce, che le carni congelate si putrefanno subito dopo il loro disgelo, l'A. ha potuto dimostrare: che le carni congelate dopo il disgelo hanno una durata di conservazione non minore di quella delle carni fresche e nella stagione estiva anche superiore.

La struttura istologica delle carni non viene affatto modificata, hanno pure dimostrato M. Letulle (1) e A. Gautier.

Rideal nello stesso anno fece una serie di analisi su campioni di carni fresche, refrigerate e congelate e venne nelle stesse conclusioni: che la congelazione e la refrigerazione non modificano in modo sensibile la composizione delle carni.

Uno studio interessante e completo si deve a Permington del Ministero d'agricoltura degli Stati Uniti ed a Richardson di Chicago.

Il primo al Congresso internazionale del freddo a Parigi, nel 1908, riferì un suo studio sulle carni di pollo conservate col freddo, dal punto di vista chimico, batteriologico ed istologico. Con queste ricerche ha potuto dimostrare che gli enzimi anche a —10 esplicano la loro azione. La conservazione quindi, egli dice, non può durare così a lungo come alcuni credono; ed è forse a questa lenta azione enzimatica che si debbono le modificazioni del colorito, l'aumento delle proteine solubili e le modificazioni del grasso che a lungo andare si osservano nelle carni congelate.

Richardson nella relazione presentata al Congresso internazionale del freddo a Vienna, nel 1910, segnala le modificazioni fisico-chimiche e biochimiche sulle carni congelate, illustrando più specialmente l'influenza che il metodo di congelazione e di disgelo ha sulla conformazione istologica e sulle qualità nutritive delle carni.

Un recente studio completo fu eseguito sulle carni congelate importate da noi, provenienti dall'Australia e dall'Argentina, dai prof. Ascoli e dott. Silvestri (2) per incarico della Commissione amministrativa degli ospedali di Roma.

Con queste importanti ricerche si è voluto esaminare dapprima la composizione chimica delle carni congelate comparativamente a quella delle carni fresche.

(1) BARRIER. *Le froid artificiel dans les abattoirs.* — GAUTIER. *Les viandes alimentaires fraîches et congelées.* Rev. d'hygiène et de police sanitaire, 1902.

(2) L. c.

(3) *Les viandes alimentaires fraîches et congelées.* Rev. d'hygiène et de police sanitaire, 1897, T. 19, p. 289-394.

(1) ROCQUES. *Les industries de la conservation des aliments.* 1906, p. 293.

(2) ASCOLI e SILVESTRI. *Ricerche sulle carni congelate.* Arch. di farm. sper. e scienze affini, 1912, 229.

Nelle carni esaminate quindi gli AA. determinarono l'acqua, le sostanze albuminoidi, il grasso, le ceneri, le sostanze estrattive, il glicogeno, l'albumina solubile nell'acqua, la miosina ed i peptoni.

Dall'esame dei risultati ottenuti si rileva:

che le carni congelate contengono meno acqua delle carni fresche conservate per 1 o 2 giorni alla temp. ambiente; la perdita raggiunse il 2-3 per cento;

che le carni congelate hanno una percentuale maggiore di sostanze azotate e di grasso, forse dovuta al regime di vita brado dei bestiami Argentini e Australiani;

che hanno una quantità minore di glicogeno ed un aumento di albuminoidi solubili in acqua, e di peptoni.

Gli AA. pensano che la produzione di questi ultimi prodotti sieno dovuti a fenomeni di autodigestione, e che quindi, sebbene lentamente, si abbiano fenomeni di proteolisi dovuti all'azione degli enzimi capaci ancora di agire alla temperatura di congelazione.

Importante in questo studio è l'esame del liquido che si separa dalla carne congelata nelle proporzioni del 10-15 % in peso quando sia lasciata disgelare alla temperatura ambiente di 12°-15°.

Questo liquido di colorito sanguigno ha reazione anfotera, coagula progressivamente con riscaldamento da 37° a 100°; con solfato di ammonio dà pure un precipitato.

All'esame microscopico si osservano scarsi globuli rossi e bianchi, con qualche cristallo di ematina, e con qualche fibra muscolare.

Esso è costituito d'acqua, di globulina precipitabile dal solfato, di albumine coagulabili da 37° a 100° e di peptoni.

Con le ricerche sull'azione delle carni congelate sulla secrezione gastrica, gli AA. hanno voluto comparare l'azione eccitante sulle ghiandole gastriche di queste carni in rapporto alla carne fresca; è risultato che hanno la stessa azione, e che il succo gastrico non subisce con le due specie di carne modificazioni fisico-chimiche apprezzabili.

La digeribilità *in vitro* è risultata di poco inferiore a quella delle carni fresche; ma ciò dipende dalla percentuale maggiore di sostanze azotate e di grasso nelle carni congelate.

In quanto all'assimilazione, pur seguita sopra un solo soggetto, non si sono avute differenze apprezzabili tra la carne congelata e la fresca; senza variazioni fu l'acidità dell'urina, l'eliminazione dei fosfati e degli eteri solforici: anche la ritenzione di azoto è stata trovata quasi uguale.

I processi autolitici nelle carni congelate e nelle fresche si valutarono dagli AA. col metodo di Soerensen.

Dai dati ottenuti, che del resto hanno un valore puramente approssimativo, appare che in eguali condizioni di esperimento si ha per le carni congelate produzione di una quantità maggiore di prodotti autolitici; occorre però tener conto della maggiore percentuale in sostanza azotata riscontrata nelle carni congelate.

L'esame istologico molto accuratamente eseguito dagli AA. ha rilevato, che le fibre muscolari appaiono nelle carni congelate normali, la doppia striatura è visibile, solo si osservano talvolta spazî che separano quasi bruscamente le fibre muscolari.

I nuclei intra-fascicolari, i capillari interstiziali, il sarcolemma non presentano alcuna modificazione.

Se altri AA. hanno osservato il sarcolemma rotto e fuoriuscito del plasma muscolare, questo deve essere considerato secondo Ascoli e Silvestri in rapporto al rapido congelamento e disgelo delle carni, perchè se queste operazioni si fanno lentamente non si ha alcuna alterazione istologica.

Gli AA. infine concludono dalle loro complete e ben condotte esperienze: che le carni conservate con il freddo artificiale rappresentano un alimento sano, e che queste carni possono essere adoperate senza inconvenienti.

***

Ecco come Marchal descrive i caratteri che debbono presentare le buone carni congelate:

Odore. — Esse perdono quasi completamente l'odore che esala dalle carni fresche.

Questo odore riappare, sempre però in grado minore, quando la carne è disgelata.

Se delle effusioni sanguinose si hanno alla superficie dei quarti della carne, si potrà, al momento della congelazione, percepire un odore nauseoso come di rancido più o meno pronunciato, a seconda che l'atmosfera sarà più calda e più umida.

Colore. — Le superfici muscolari acquistano con la congelazione una tinta brunastra non sempre piacevole, che del resto è ciò che nuoce alla vendita delle carni congelate.

Le sezioni muscolari da rosso sbiadito divengono di un bel rosso dopo 15 minuti circa di esposizione all'aria ad una temperatura di + 10° e al disopra. Nello stesso tempo la carne acquista un aspetto brillante, a seguito della liquefazione delle gocciolette delle sierosità sanguinolenti.

Consistenza. — La carne congelata acquista la consistenza del legno e perfino della pietra; disgelatà riacquista la consistenza della carne fresca, un poco più tenera.

Sapore. — Quando disgelata la carne è di gusto un po' meno gradevole della fresca.

Cottura delle carni congelate. — In quanto alla cottura le carni congelate si comportano:

La carne bollita del bue ha lo stesso aspetto della carne di un animale ucciso di recente, il sapore, la consistenza sono identici.

Il brodo proveniente da questa cottura è un poco più scipito di quello preparato con carne fresca, ed è necessario rialzarne il gusto con qualche condimento.

Rostita, la carne di bue congelata, non si differenzia dalla fresca.

E. C.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Cura della corea con le iniezioni endospinali di solfato di magnesio

per il dott. FRANCESCO FELIZIANI
medico aiuto degli Ospedali di Roma
Ospedale di San Giovanni.

Le stesse incertezze che tuttora esistono intorno alla etiologia della corea, all'anatomia patologica, alla patogenesi, si hanno per la cura di questa malattia, che varia da un caso all'altro, a seconda della affermata etiologia e della patogenesi propria ad ogni singolo caso. E innanzi tutto, la principale indicazione cui bisogna soddisfare, è quella che sorge dal concetto della sede e della patogenesi dominante, secondo cui la corea del Sydenham rappresenti non solo uno dei tipi principali di incoordinazione motrice, ma una malattia a sè perfettamente definita e ben distinta dalle altre, che hanno comune con essa lo stesso sintoma grossolano, *corea*, come: la corea delle gravide, la corea cronica progressiva, con la varietà di Huntington, la corea pre- e post-emiplegica, ed in generale le coree sintomatiche.

A questi concetti la cura razionale della corea deve informarsi; tanto della forma comune, prevalente nei fanciulli: corea volgare o del Sydenham *sensu strictiori*, quanto delle altre forme, che, escluse le sintomatiche, potrebbero considerarsi come una varietà di essa, e sono pertanto intese comunemente sotto la stessa denominazione in senso lato. Qualunque sia la patogenesi della malattia, occorre ricondurre la calma, il riposo nei centri cerebro-spinali, corticali o subcorticali o delle vie nervose cui deve, secondo i vari casi, riferirsi il disturbo coreico.

Ma occorre aver presente che contro la pura e semplice teoria neurogena, difesa da Charcot, Joffroy, Comby, Perret, Leroux ed altri, hanno acquistato grande terreno la teoria infettiva e la reumatica della corea. Pianese riprodusse tremori coreici e attacchi convulsivi sino alla morte, in animali ai quali aveva iniettato un bacillo trovato nelle corna posteriori di un coreico morto per questa malattia. Negli animali così trattati il bacillo medesimo fu ritrovato nel midollo spinale. Leyden e poi Coyon e Zadok trovarono nei casi di corea con endocardite, lo stesso diplococco che trovarono nel reumatismo articolare acuto, Leredde vi avrebbe trovato lo stafilococco albo, Triboulet l'aureo. Parecchi altri autori han trovato microbi nel cervello di coreici: Maragliano, Richter, Berkeley, Meyer, Westphal, Wassermann, Angelillo ed altri ancora.

Quanto alla teoria reumatica della corea, è del resto diffusissima oggi l'opinione che in molti casi esista uno strettissimo nesso etiologico fra le due affezioni: corea e reumatismo. Heubner ed altri ammettono persino che la corea sia un equivalente del reumatismo. Thayer su 808 casi di corea, dimostra che nel 20.5 % il reumatismo articolare figura fra gli antecedenti, e nel 27.7 % vi sono lesioni cardiache organiche. Il Duchwort crede che la patogenesi della corea si basi sopra un terreno neurotico il quale si associ con una certa tendenza organica al reumatismo articolare. L'analogia tra corea e reumatismo si rileverebbe, secondo l'autore, anche per il reperto ematologico, poichè in ambedue le affezioni si nota una lieve leucocitosi, sempre che non si abbiano gravi localizzazioni, e inoltre eosinofilia, specie verso la guarigione.

Queste ed altre opinioni di rapporto fra reumatismo e corea, che sarebbe qui lungo esporre, fecero introdurre la terapia salicilica, e in questi ultimi anni fra i salicilici si è preferita l'aspirina. Besançon e Paulesco ne riferiscono 10 casi di guarigione. L'aspirina avrebbe sul salicilato il vantaggio di non disciogliersi in ambiente acido e quindi di non decomporsi che nell'intestino. Casi non eccessivamente positivi ebbe Williamson in 35 malati. E così, mentre alcuni esaltano altri deprimono il valore di questo rimedio: è ad ogni modo eccessivamente

ottimista l'opinione di coloro i quali sostengono che l'aspirina abbia un'azione specifica; antitossica e antibatterica, su quei microrganismi e sulle loro tossine, che determinerebbero questa neurosi infettiva. All'infuori della cura salicilica, una infinità di medicamenti sono stati usati nella corea, con risultati molto vari: sia che si trattasse di tentare la cura specifica, sia che si trattasse di instaurare un semplice regime calmante del sistema nervoso. Così si sono succeduti con vicenda varia: l'arsenico, il cloralio, l'ioscina, l'esalgina, i bromuri, specialmente il bromuro di canfora usato con ottimi risultati dal Baccelli, il bromidrato di scopolamina, provato con discreto successo dal Babinski su 4 coreici. E insieme, con risultati incerti, furono provate le cure idroterapiche sedative, le galvanizzazioni e le eterizzazioni del rachide, i preparati di ferro, il massaggio, i fosfati e persino i narcotici come: il sulfonal, il trional, il veronal, che agiscono quasi esclusivamente sui centri corticali, la paraldeide, l'uretano, ecc. ecc.

Circa l'anno 1905 i dottori S. J. Meltzer e J. Auer, avendo avuto occasione di constatare, nel *Rockefeller Institute for Medical Research* di New York che i sali di magnesio hanno per proprietà di determinare effetti d'inibizione e di depressione sul sistema nervoso, ebbero la idea di applicare questi risultati sperimentali alla terapia umana, sostituendo alle iniezioni di cocaina, per ottenere l'anestesia midollare, iniezioni endorachidee di solfato di magnesio, di cui l'esperienza di laboratorio aveva dimostrato ai due autori una perfetta innocuità.

Dopo tre o quattro ore sopravviene una paralisi che si estende al bacino e agli arti inferiori, e l'analgesia è assai profonda, tanto da potersi praticare operazioni senza il minimo dolore. Dopo 8-14 ore ritornano la motilità e la sensibilità. Le stesse applicazioni sono state fatte in molte malattie a tipo irritativo del sistema nervoso, partendo precisamente dal punto di vista della perfetta innocuità del rimedio e della sua alta e duratura azione sedativa. Così: il Calcaterra l'ha adoprato per iniezioni endospinali nell'epilessia, con notevole successo; Blake, Franke, Jonson, Matas, Robinson, Griffon, Ramon, Camus l'hanno usato in alcuni casi di tetano con efficace azione sedativa più o meno duratura; Marinesco e Gradinesco in due malati affetti da penosissime crisi gastriche; e in altri da dolori lancinanti tabetici e da nevralgia sciatica, pure con ottimi risultati. Calcaterra ha inoltre nel 1908 trattato due coreici con iniezioni endovenose di cloruro di magnesio. In un caso praticò 38 iniezioni, di cui cinque sottocutanee; nell'altro 25. In ambedue i casi l'autore ha notato una completa abolizione dei movimenti coreici. Egli afferma che le ripetute iniezioni endovenose non determinarono alcuna notevole alterazione dal lato della vena iniettata, salvo un lieve induramento indolore sui punti nei quali sono state compiute più iniezioni consecutive.

L'azione efficace che le iniezioni di solfato di magnesio per via endovenosa avevano sortito nella corea, indusse Marinesco a sperimentare in questa malattia lo stesso rimedio per la via endospinale. Egli ebbe l'avvertenza, prima di usarlo, di far cristallizzare e depurare il sale di magnesio; quindi lo iniettò in quattro coreiche nella soluzione del 25 %. In tutte le malate il tentativo terapeutico fu coronato da successo e la durata della malattia rimase notevolmente accorciata. Dunque le iniezioni endorachidee di solfato di magnesio esercitano un'azione sedativa rimarchevole sui movimenti coreici; tale che la malattia scompare completamente dopo qualche giorno, con una o due iniezioni. I disordini motori, dice l'autore, si alleviano una o due ore dopo l'iniezione e in qualche caso già il giorno di poi non si ebbero più sintomi morbosi. Ma possono presentarsi inconvenienti seri : turbe motorie e sensitive, dolori lombari e degli arti inferiori, edemi, cefalee, nausee, ipertermie. Però queste turbe sono state sempre passeggere e sono scomparse in genere l'indomani dall'iniezione.

Sembra che alcuni di tali accidenti dipendano dalla tossicità dei sali di magnesio che è stata recentemente posta in evidenza dal Delhaye. Il quale ha visto che questi sali provocano nei conigli e nelle cavie anestesie profonde e paresi, che possono giungere sino a completa paralisi. Non tossico per il cuore, il solfato di magnesio avrebbe invece spiccata tossicità per i reni e per i centri del respiro.

M. Franke un'ora dopo l'iniezione ha visto sopravvenire nel suo malato un breve periodo di apnea; Matas ed Henry invece, notarono nei loro casi una marcata dispnea.

Questi fatti, forse dipendenti dalle eventuali impurità del medicinale, possono venire atte-

nuati; sia mediante una iniezione ipodermica preventiva di morfina, sia, quando si affaccino i primi accidenti di collasso, da una iniezione di solfato d'atropina. Che d'altra parte alcune di queste turbe nervose dipendano dalla purezza del medicinale, sembra accertato, da poi che il Marinesco ed altri hanno notato come esse siano più intense nei casi nei quali non si abbia avuta molta cura di depurare il sale. Ma gran parte delle turbe già riferite sono certamente da attribuire al fattore personale e probabilmente alla ipertonicità della soluzione al 25 % del solfato di magnesio, in rapporto con la densità del liquido cefalo-rachidiano. Ramond ha fatto osservare che assai inferiore a quello del liquido cefalo-rachidiano è il punto crioscopico della soluzione suvvista, la quale si congela a —1°.8 secondo le tavole di De Coppet e a —1°.93 secondo quelle più recenti di di Raoult. Marinesco conclude il suo lavoro affermando che, comunque, l'iniezione endorachidea di solfato di magnesio costituisca un eccellente mezzo terapeutico contro la *chorea* del Sydenham e anche contro la *chorea gravidarum*. Esso sarebbe invece inefficace nei casi di corea dipendenti da lesione organica del sistema nervoso centrale, come l'autore ha visto in un caso di corea cronica secondaria a meningite in un adulto.

Dopo qualche tempo il Rocaz, di Bordeaux, ha utilizzato lo stesso processo in cinque bambini da sei ai tredici anni, affetti da corea del Sydenham ed ha ottenuto ragguardevoli risultati terapeutici.

L'autore nota che primi a scomparire sono i movimenti a carico degli arti inferiori; poi più tardi e talora solo dopo una seconda iniezione, scompaiono gradualmente quelli degli arti superiori e della faccia. Notevole sopratutto il fatto che, una volta scomparsi, questi movimenti non si sono mai più ripresentati, anche dopo qualche mese da che erano state praticate le iniezioni rachidee. Circa gl'inconvenienti secondariamente sopravvenuti, sono presso a poco gli stessi che aveva notati il Marinesco. Rocaz ha constatato due volte ritenzione d'urina, fatto che non era stato visto dal Marinesco. Questa turba ebbe però la durata di poche ore. Mai egli ha rilevato effetti malefici sul rene, malgrado la tossicità del sale per quest'organo sperimentata dal Delhaye sugli animali.

Anzi è notevole il fatto che in una delle malate del Rocaz la quale aveva presentato albuminuria in seguito alla somministrazione di antipirina e arsenico, le urine erano ridivenute normali dopo l'iniezione di solfato di magnesio. Il Rocaz crede che gl'incidenti spiacevoli conseguiti all'iniezione si debbano all'influenza inibitrice dei sali di magnesio sul sistema nervoso. Dato ora che l'antagonista dei sali di magnesio, dal punto di vista dell'azione sul vago, è il solfato di atropina; quando si veda che all'iniezione del sale seguono turbe spiacevoli, queste si possono neutralizzare con una iniezione di uno o mezzo mgm. dell'alcaloide. Così l'autore ha infatti proceduto in un suo caso ed ha potuto constatare che le turbe in quistione scomparivano in brevissimo tempo.

Oltre i suaccennati autori, altri hanno in seguito con varia fortuna, ma i più con successo, sperimentato le iniezioni endorachidee di solfato di magnesio nella corea del Sydenham. Mi piace citare fra gli altri un caso del Baduel, nel quale la corea si esplicava con sintomi gravi e avanzati, e le iniezioni endospinali produssero un effetto sedativo immediato e permanente.

Nel prossimo numero pubblicherò le storie cliniche su cui i primari medici proff. Lugli e Angelini mi permisero di riferire.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica-Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni del gennaio 1913.

Presidenza: prof. **E. Giacomini.**

C. Santini (assistente R. Clinica chirurgica). *Nuovo processo di plastica aponevrotica per la cura delle ernie inguinali dirette.* — Il processo consiste nell'escidere un lembo preso in alto e all'esterno a spese dell'aponevrosi del grande obliquo e congiunto con un sottile peduncolo all'arcata di Falloppio, e nel ribatterlo al disopra del tessuto properitoneale suturandolo, in alto alla parte più alta e profonda della trasversale, in basso all'arcata di Falloppio nella sua parte più bassa e internamente al legamento di Cooper sulla sinfisi pubica. Al disopra viene disteso il triplice strato e si continua come nella Bassini. I vantaggi del metodo secondo l'A. sono: 1° di rinforzare natu-

ralmente la parete posteriore mettendo in immediato contatto con l'impulso erniario due piani aponevrotici, trasversale e lembo plastico; 2° di porre il funicolo sotto l'aponevrosi del grande obliquo e quindi di rinforzare anche la parete anteriore del canale.

Due individui operati dall'A. con tale processo sono guariti perfettamente. Egli si riserva il giudizio sui risultati lontani essendo trascorso dalla data delle operazioni un tempo breve, ma data la razionalità dei mezzi impiegati, ritiene che questi debbano confermare il buon esito immediato.

V. Neri (direttore Villa Baruzziana, malattie nervose). *Sui confini dell'epilessia.* — Presenta all'assemblea un bambino di quattro anni, sofferente di attacchi di sonno irresistibili ed improvvisi della durata di circa cinque minuti. Durante il sonno non v'era perdita nè di urina nè di feci. Il bambino poteva essere facilmente svegliato; ma tosto ricominciava a dormire e cessato l'attacco ricordava di essere stato svegliato. Gli attacchi si ripetevano da circa 4 mesi, e per due, tre e anche quattro volte nella giornata. Il bimbo era stato sottoposto ad una cura bromica ma, a detta della madre, gli attacchi si ripetevano con maggiore frequenza. Somministrò il disserente per due mesi il citrato di caffeina alla dose di 20 centigrammi al dì. Gli attacchi di sonno scomparvero e da 5 mesi il paziente gode ottima salute.

Il Neri, dopo varie considerazioni d'ordine diagnostico e patogenetico, conclude che il suo sia un caso di *narcolessi;* un caso cioè di quella affezione rarissima descritta per la prima volta dal Gelineau nel 1880 e posta del Gower sui confini dell'epilessia.

C. Santini (sopra nominato). *Il pancreas nella occlusione intestinale. Studio sperimentale.* — Riferisce le teorie emesse per intendere la causa della morte nella occlusione intestinale. Quindi espone le sue esperienze, come ebbe già a scriverne nella Gazzetta Internazionale, 1913, numero uno. Eseguì le esperienze sui cani, producendo occlusioni, studiando poi le alterazioni presentate dal pancreas. Oltre alla nota tecnica istologica, eseguì anche una serie di esami con metodi per la ricerca dei grassi, quali quelli mediante i reattivi Sudan, Fischler, Ciaccio, ecc.

Da tali ricerche risultò che nella occlusione intestinale si hanno sempre gravissime lesioni pancreatiche (necrosi). A queste il disserente attribuisce una grande importanza nella genesi della morte, importanza che finora non era stata messa in luce. Attribuisce poi la patogenesi di tali alterazioni alla stasi prolungata nell'organo stesso e ai disturbi nutritizi ad essa inerenti.

G. M. PICCININI.

Regia Accademia medica di Genova.

Sedute del 10 febbraio 1913.

A. Delfino. *Cisti peripancreatica sviluppata tra le pagine del mesocolon trasverso.* — L'A. riferisce un caso di cisti peripancreatica sviluppatasi tra le pagine del mesocolon diagnosticata in base alla normale funzionalità del pancreas constatata con l'esame delle urine e delle feci. L'atto operativo dimostrò la giustezza della diagnosi. Per la sintomatologia nota la esistenza di un intenso prurito cutaneo che scomparve dopo l'intervento e che mette in rapporto a prodotti di autolisi della cisti. Riguardo alla cura l'A. si attiene alla laparotomia e fissazione della cisti alla parete addominale con successivo svuotamento della cisti e zaffamento della cavità.

G. Costantini. *Sulla tubercolosi sperimentale di alcuni parenchimi.* — L'A., introducendo direttamente nei vari parenchimi (fegato, cervello, tessuto muscolare, ecc.) dosi varie di bacilli tubercolari tipo umano vivi e virulenti, notò in genere la produzione di un infiltrato leucocitario che nei punti centrali subiva fenomeni di degenerazione e di necrosi mentre alla periferia si aveva la proliferazione di tessuto connettivo che circoscriveva il processo. I bacilli tubercolari in questi parenchimi subivano dapprima una disgregazione con perdita dell'acido-resistenza, più tardi scomparivano del tutto; tale processo di attenuazione si dimostrò attivo specialmente col tessuto muscolare, meno col cervello e col fegato, per cui l'A. ritiene probabile l'esistenza di condizioni speciali a ciascun tessuto nella lotta contro l'agente della tubercolosi.

A. Barlocco. *Nuovo contributo alla semeiologia del pancreas.* — Si tratta di nuovi casi di localizzazioni neoplastiche pancreatiche diagnosticati per mezzo della ricerca sistematica del potere proteolitico fecale. Tale metodo dà risultati concordi con il metodo della ricerca delle nucleasi proposto da A. Schmidt. In parecchi soggetti diabetici fu constatata riduzione del potere proteolitico fecale: in soggetti semplicemente glicosurici detto potere si riscontrò normale.

C. Rolla. *La reazione del sangue prima e dopo il salasso.* — L'A. saggiando col metodo elettrometrico la reazione del siero di sangue osservò che nei diabetici e nei nefritici cronici detta reazione, già qualche volta (nefritici in coma) acida leggermente prima del salasso, dopo di questo tende sempre più verso l'acidità, mentre nei sani e negli affetti da altre malattie essa, dopo il salasso, tende verso l'alcalinità. Esperienze su cani sani nefrectomizzati diedero risultati simili. L'O.

ritiene che tali fatti possano informarci sulla reazione dei tessuti e dei liquidi intraparenchimali, che sarebbero alcalini nei normali, acidi nei nefritici, specialmente in quelli con fenomeni uremici.

E. Pellegrini. *Ricerche sulla funzionalità intestinale in vari gruppi di malattie.* — Esposti i vari metodi adoperati per la ricerca della utilizzazione delle diverse sostanze alimentari, l'A. riferisce le ricerche eseguite in individui diabetici, epatici, pancreatici, cardiopatici in compenso ed in scompenso, in casi di carcinoma gastrico e di altre affezioni dell'apparato digerente, facendo rilevare l'importanza diagnostica e terapeutica della esplorazione funzionale dell'intestino.

L. Sivori. *Modificazione di tecnica alla reazione di Wassermann.* — L'A. propone di introdurre nella tecnica della reazione di Wassermann una modificazione consistente nel condurre detta reazione non col siero di sangue dell'ammalato in esame, ma col sangue intero opportunamente raccolto. Su 54 reazioni di Wassermann si ebbero con la tecnica abituale 27 risultati positivi e con la modificazione proposta dall'A. il numero dei casi positivi aumentò a 36. Ne risulta quindi l'importanza della parte morfologica del sangue che non dovrebbe essere trascurata nelle reazioni biologiche in genere.

C. Trevisanello. *Ricerche sul siero e sul liquido cefalo-rachidiano degli epilettici.* — Dalle esperienze eseguite dall'A. risultò chiaramente che gli animali (cavie) sottoposti alla iniezione ipodurale di siero di sangue di epilettico, seguita a distanza di 8, 10, 12, giorni da iniezione ipodurale di liquido cefalo-rachidiano dello stesso malato, presentano fenomeni di anafilassia che si svelano con tremore, convulsioni, ipotermia e talora morte dell'animale. Analogamente accade trattando l'animale prima con liquido cefalo-rachidiano e iniettando successivamente il siero di sangue. In base a tali esperienze l'A. conclude ammettendo la possibilità di porre in evidenza il fattore tossi-epilettogeno, valendosi della reazione anafilattica sugli animali.

SEGÀLE.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza del 29 novembre 1911.

Presidenza: prof. **D. Barduzzi**, presidente.

E. Centanni. *La dieta airride per lo sviluppo dei tumori sperimentali* (Sulle blastine, VI Comunicazione). — Seguitando le ricerche sull'influenza di speciali alimentazioni sullo sviluppo dei tumori, l'O. ha preso a investigare la differenza fra l'alimentazione con materiali di tessuti in riposo e di quelli, presumibilmente ricchi di blastine, in attivo sviluppo, cominciando con la dieta airride, riconosciuta pure patogenetica per lo scorbuto.

Ha trovato che tale dieta, applicata per un tempo sufficiente in precedenza dell'innesto, riesce a spogliare l'organismo della sua recettività pei tumori. Applicata a tumore in pieno sviluppo non appare capace di manifesto effetto. Però, all'inverso, se l'innesto del tumore sotto la dieta airride pareva fallito o in riassorbimento, il ritorno alla dieta completa induce in una parte degli innesti un attivo ravvivarsi della prolificazione neoplastica.

Nassetti F. *Anastomosi dell'aorta e della cava addominali.* — È riuscito in alcuni cani ad anastomizzare questi vasi col metodo latero-laterale e termino-terminale al disotto dei vasi renali Scopo di questi sperimenti era di vedere se e come avveniva l'inversione del circolo. Ha osservato che l'onda sanguigna attraverso il sistema venoso non oltrepassa mai il terzo superiore della coscia; le vie collaterali scaricano il sangue prima ch'esso giunga ad irrorare tutto l'arto.

Dott. **Chiarugi Mario.** *La reazione di Cammidge nella clinica e nell'esperimento.* — L'A. in base alle sue ricerche eseguite in ammalati con lesioni flogistiche acute e croniche del pancreas o neoplastiche controllate alla biopsia o necroscopia oppure con affezioni varie per le quali era presumibile una compartecipazione della ghiandola pancreatica e in individui con lesioni per le quali non era ammissibile tale compartecipazione ed infine in soggetti perfettamente sani conclude:

1. Che la reazione può mancare nelle lesioni del pancreas siano flogistiche acute o croniche, che neoplastiche primitive o secondarie.

2. Che è frequentemente positiva invece in affezioni le più varie, sia tali da fare presupporre una compartecipazione del pancreas oppure non unite a lesioni di quest'organo.

3. Che la reazione di Cammidge si può avere positiva in individui sani.

In seguito poi ad alcune ricerche in cani con pancreatite sperimentale egli dichiara che la reazione può mancare durante tutto il decorso della malattia sia nella forma emorragica che in quella suppurativo-gangrenosa.

Ugo Gironi. *Morbo di Pott.* P. 1ª (*Cura delle deviazioni Pottiche*). — L'O. si è proposto di studiare partitamente la cura delle singole manifestazioni del morbo di Pott.

In questa prima parte tratta della terapia delle deformità. Basandosi sull'abbondante materiale che offre la Clinica di Siena, dopo aver passato in rassegna i diversi metodi di cura, sulla scorta

di 122 osservazioni, conclude che nel morbo di Pott fine precipuo della terapia deve essere quello di impedire la formazione delle deformità quando non siano anco manifeste ed arrestarne l'evoluzione appena iniziate.

A tale scopo consiglia di applicare fin dal periodo iniziale corsetti gessati alla Seyre e dimostra coi numerosi casi della Clinica che questo metodo di terapia, che da molti anni il prof. Biondi pratica, è il più semplice, il più pratico e dà i migliori resultati cosmetici e funzionali.

Pabis e **Ragazzi**. *Mancanza di anafilassi in seguito a reiniezione di gelatina.*

Ottolenghi e **Pabis**. *Esperimenti di chemioterapia nella coccidiosi del coniglio.* V. MARTINI.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 17 gennaio 1912.

Agnoletto V. *Di un caso di peritelioma primitivo del fegato.* — L'O. riferisce su di un tumore primitivo del fegato che per le peculiarità istologiche - una neoformazione di vasi ad endotelio normale, una disposizione perivascolare degli elementi neoplastici, polimorfi, a filiere raggianti, pluristratificati, senza interposizione di stroma, inserentisi direttamente sulla lamina endoteliale - e per la istogenesi che fa risalire al peritelio, si è creduto autorizzato a diagnosticare come peritelioma. Discute il concetto di peritelioma come entità oncologica bene definita.

Comolli A. *Considerazioni pratiche intorno ad un caso di anormale disposizione del peritoneo.* — L'O. s'intrattiene su di un caso di anormale evoluzione del peritoneo, dell'ansa ombelicale primitiva e del mesentere comune, fa alcune considerazioni sull'evoluzione del peritoneo stesso e sulla patogenesi delle ernie del cieco e richiama l'attenzione su simili casi per ciò che riguarda l'appendicite, il volvolo del cieco, il « caecum mobile » e le diagnosi ginecologiche.

Seduta del 3 febbraio 1913.

Rossi B. *La gastro-enteroanastomosi e la esclusione del piloro nella cura dell'ulcera gastrica con stenosi pilorica.* — L'O. dopo brevi considerazioni sopra lo stato attuale della cura chirurgica nell'ulcera gastrica, riferisce sopra sei casi di osservazione personale nei quali ha trovato l'indicazione dell'esclusione pilorica e l'ha praticata con pieno successo.

Dimostra poi due sistemi ingegnosissimi di pinze da lui ideate allo scopo di rendere più facile e spedita tale operazione.

Pizzagalli L. *Le capsule surrenali in rapporto ad alcuni interventi operatori sul rene.* — Praticando su conigli la nefrectomia, la nefrotomia e lo scapsulamento unilaterale del rene, l'O. notò lesioni nelle capsule surrenali, costituite essenzialmente da alterazioni vasali nella nefrectomia e nella decorticazione renale, prevalentemente cellulari nella nefrotomia, dove gli elementi ghiandolari apparvero a struttura protoplasmatica in alcuni punti vacuolare, in altri punti granulosa con disposizione irregolare e fatti regressivi nucleari. Tali alterazioni andrebbero messe in rapporto colla legatura del peduncolo renale, l'aumento di pressione arteriosa, l'azione di sostanze tossiche dovute alla diminuzione del territorio normale di eliminazione, al riassorbimento dei prodotti di disfacimento del rene e all'entrata in circolo di sostanze ipertensive. Avanza infine la ipotesi che la reazione manifestata dalle ghiandole surrenali possa essere considerata come espressione di iperattività funzionale.

Scarlini G. *Sopra alcuni casi di deformità congenita degli arti.* — L'O. presenta numerose ed interessanti radiografie riferentisi a casi di deformità congenita degli arti, osservati nella Clinica Ortopedica di Milano, o ne prende occasione per discutere delle varie teorie patologiche, escogitate per spiegare tali forme.

C.-B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le cause dell'eosinofilia.

B. Ebbel ha studiato sistematicamente le malattie che si accompagnano ad eosinofilia e quelle che nella formula leucocitaria dimostrano il numero degli eosinofili invariato o minore del normale. Egli ha trovato, confermando ricerche di precedenti autori, che malattie prodotte da microorganismi appartenenti al regno vegetale (polmonite, meningite cerebro-spinale, eresipela, difterite, influenza, febbre di Malta, tubercolosi, actinomicosi, lepra, blenorragia, ecc.), esercitano azione chemiotattica negativa sugli eosinofili tanto che in alcune malattie questi possono del tutto scomparire. Se le malattie dovute a microorganismi del regno vegetale non si accompagnano a febbre il numero degli eosinofili non subisce variazioni di sorta, ma sul luogo dell'affezione (essudati, infiltrati) non si trovano affatto o scarsissimi sono gli eosinofili. Se la malattia invece presenta un andamento cronico talora gli eosinofili possono aumentare ma in lieve grado.

Nelle malattie invece dovute a parassiti animali, Ebbell trova di regola l'eosinofilia, così nella trichinosi, nella filariosi notturna, nella filariosi medinense, nell' anchilostomiasi, nella lombricosi, nella bilarziosi, nell'echinococco, nel botriocefalo, nella dissenteria, nella malaria ecc.: due forme morbose fanno eccezione: l'anemia da botriocefalo, e da kala-azar, è probabile però che il risultato negativo sia legato alla leucopenia, che tali malattie importano. Inoltre l'A. ha notato che eosinofilia è facile dimostrare in vicinanza della localizzazione dei parassiti, così intorno alle trichine incapsulate, ai cisticerchi, agli echinococchi, ecc., eosinofilia più marcata di quella che in circolo non si ritrovi.

Per via sperimentale d'altra parte l'A. ha potuto confermare quanto nelle malattie naturali si ritrova.

L'eosinofilia si può provocare con iniezioni di differenti sostanze provenienti dal regno animale: con iniezioni di tossina di tenia, di liquido idatideo, del contenuto di *cisticercus cellulosae*, inoltre eosinofilia si può determinare nelle vescicole prodotte da empiastri di cantaride, con le iniezioni di sieri eterogenei, di estratti di ipofisi, di adrenalina, di tubercolina; in quest'ultimo caso molto probabilmente si tratta di un'azione dovuta a sostanze animali, le quali entrano nella composizione di brodi che hanno servito alla preparazione della tubercolina, se si pensi che il bacillo della tubercolosi per sè non è capace di provocare eosinofilia.

L'A. non ha potuto, dopo numerosi esperimenti, trovare una sostanza vegetale la quale si sia mostrata capace di provocare eosinofilia; chè, anzi molte sostanze vegetali (prodotti di disintegrazione batterica, olii eterei, essenza di trementina, digitale) provocano nettamente neutrofilia.

Il fatto osservato si accorda con la nozione la quale nega agli eosinofili proprietà bactericide, al contrario dei neutrofili.

In alcune malattie ad etiologia ignota si ritrova infine eosinofilia; se le ricerche dell'A. sono esatte, e se si voglia per poco generalizzare e ragionare per analogia si dovrebbe ritenere che nella scarlattina, nella bronchite asmatica, nella corea, nella leucemia mieloide, nella pseudoleucemia, nel sarcoma, nella micosi fungoide, nell'eczema, nella psoriasi, nel lichen ruber, nel penfigo, ecc., si deva probabilmente trattare di infezioni da parassiti animali (protozoarî).

(Dalla *Sem. méd.*, 4 settembre 1912).

i. p.

CASISTICA.

Sopra tre osservazioni di angina di Ludwig.

Il prof. Reclus, *Presse Médic.*, n. 42 del 1912, dopo di avere descritto, assai dettagliatamente, tre casi di flemmone gangrenoso del pavimento della bocca, o di angina di Ludwig, rifà brevemente la storia di detta affezione, da quando il Ludwig nel 1836 descriveva come angina una tumefazione a durezza lignea, con sede approssimativa tra la regione tiroidea, la bocca e la parte superiore del collo; malattia essenziale specifica, vera entità morbosa. In progresso di tempo la malattia, studiata e discussa da varî autori alla Società di chirurgia (Roser, Gilette, Demoulin, Delorme, Charles Nélaton, ecc.) fu considerata come una eresipela, una linfangioite, una amigdalite, un ascesso del pavimento della bocca, una adenite sottomascellare; affezioni specifiche per alcuni, per altri avevano i banali caratteri della suppurazione.

Oggidì, la malattia in parola, appare molto chiara. La malattia ha sede nel pavimento della bocca, limitata in avanti dalla faccia posteriore del mascellare, in basso dal ventre muscolare del miloioideo, in alto dalla mucosa, ed indietro dalla base della lingua. Quindi falso è il nome di *an-*

gina; in ogni modo per *angina di Ludwig* si deve intendere unicamente il *flemmone gangrenoso del pavimento della bocca*.

Le infiammazioni del pavimento della bocca possono presentare tutta la gamma della gravità dal semplice ascesso dentario, al flemmone che ammazza in tre giorni, come per i foruncoli del labbro superiore. Una causa banale qualunque, una ulcerazione gengivale, la penetrazione nella mucosa di una spina di pesce, sopratutto un dente cariato, o la viziata evoluzione del terzo grosso molare possono dare una leggera e breve infiammazione circoscritta, o, dopo qualche giorno, assumere un andamento gravissimo, ricordandoci che in alto la regione è limitata dalla mucosa boccale, dove vegeta la più ricca flora microbica, e talvolta la più virulenta di questo mezzo caldo ed umido che favorisce tutte le associazioni di aerobî e di anaerobî, e quindi la formazione di suppurazioni gangrenose o di gas putridi. Questo focolaio infettivo ha, in avanti ed in basso, due barriere insormontabili: l'osso mascellare e lo spesso muscolo miloioideo rinforzato dalla sua aponeurosi. La flemmasia si può solo estendere in dietro verso la base della lingua, donde turbe respiratorie, la precoce asfissia, o per pressione meccanica sull'epiglottide, o per edema delle corde vocali, o per infiammazione settica propagata alla trachea, ai bronchi ed al polmone. Il flemmone è profondo, si sviluppa nel pavimento boccale, al disopra del miloioideo, e la pelle può rimanere normale, o appena arrossarsi, appena infiltrarsi, scivolando facilmente sui piani sottoaponeurotici! Lo spazio sopraioideo prominente, fa sentire una massa resistente lignea, dolorosissima, dapprima unilaterale, e quindi invadente tutta la regione; la bocca è serrata, la saliva scola dagli angoli labiali; la respirazione è difficile, ed impossibile la deglutizione. Lo stato generale è gravissimo, il polso piccolo e frequente, la temperatura intorno ai 40° C. Fatta la diagnosi di sede della lesione occorre intervenire rapidamente con incisioni larghe e profonde. Non si adoperi anestesia generale, ma locale con soluzione di novocaina-adrenalina; quindi col termocauterio, portato al color rosso, si incidono i tessuti per 6-7 centimetri di profondità, finchè la lama non incontri più resistenza, e penetri nel focolaio gangrenoso. Non viene fuori pus, ma frammenti di tessuti necrotici e gas spesso incendiabili. Sia unica, o multiple le cavità, dopo di averle raggiunte, con un tampone, montato sur una pinza ed intriso abbondantemente nella tintura di iodio, si cospargono di detta sostanza tutte le diverse anfrattuosità del cavo e le sue pareti, immergendo varie volte il tampone nella tintura di iodio, perchè questa si decompone facilmente a con atto degli albuminoidi. Queste applicazioni iodiche si ripeteranno due volte al giorno, finchè sarà cessata la secrezione purulenta, che in tal modo presto si stabilisce. Le ferite profonde e larghe, dopo pochi giorni si chiudono, residuando cicatrici regolari, nascoste dietro il mento. GIACINTO QUARTA.

Gli ascessi freddi retrofaringei di origine vertebrale.

Gli ascessi freddi retrofaringei costituiscono una manifestazione piuttosto rara della tubercolosi delle vertebre cervicali. Questi ascessi possono assumere talvolta dimensioni cospicue per l'esistenza all'interno della faringe di un tessuto molto lasso assai favorevole al loro sviluppo in vicinanza del focolaio di origine. Data la loro posizione vengono a comprimere la faringe e nel caso di raccolte piuttosto estese anche la trachea e l'esofago determinando conseguentemente disfagia più o meno accentuata, disturbi di fonazione per paralisi della corda vocale corrispondente al n. ricorrente compresso, dispnea per compressione del pneumogastrico e del ricorrente, infine disturbi oculari consistenti in miosi e midriasi determinati da fenomeni di eccitazione o di paralisi del simpatico, che come è noto per l'intermediario del 1° paio dorsale riceve dal centro cilio-spinale fibre ad azione irido-dilatatrice. Questi ascessi abbandonati a sè si aprono spontaneamente di solito nella faringe, nel qual caso possono determinare od un'asfissia od una polmonite infettiva per penetrazione di pus nelle vie respiratorie. È quindi necessario di procedere precocemente all'evacuazione del pus, il che si fa o per mezzo della semplice puntura od iniettando sul focolaio dell'olio jodoformizzato, oppure, specialmente se l'ascesso è situato piuttosto in basso, praticando una incisione in corrispondenza del margine posteriore dello sterno-cleidomastoideo e non intervenendo come vogliono alcuni per la via boccale, dati gli accidenti secondari da infezione di cui questo ultimo metodo può essere causa (*Gazz. Med. Ital.*, 4 luglio 1912). TR.

TERAPIA.

La cura antisifilitica nelle aortiti e negli aneurismi dell'aorta.

Già da lungo tempo avea colpito l'attenzione dei clinici la frequenza dell'aortite e dell'aneurisma nei sifilitici. Dal tempo in cui clinica ed anatomia patologica avevano dimostrato lo stretto nesso esistente tra lue e affezioni dell'aorta, la cura antisifilitica era stata istituita e spesso con vantaggio.

A conforto della teoria e della pratica curativa razionale era intervenuta la reazione di Wassermann.

Nella seduta del 14 giugno 1912 della Società medica degli Ospedali di Parigi, Vaquez e Laubry comunicano una serie di casi (28) di aneurismi e di aortiti specifiche curate con la cura specifica (mercurio, 606, jodio). Interessanti i risultati:

I malati curati e seguiti sono 28: 13 (di cui 5 aneurismi dell'aorta ed 8 aortiti semplici) furono curati colle iniezioni di preparati mercuriali solubili (1 cmc. di cianuro di mercurio al giorno per via endovenosa o, se questa via era mal sopportata, si sceglieva la via intramuscolare). Contemporaneamente si praticò la cura jodica intensa (joduro od iniezioni di jodipina e di lipiodolo). Tutti questi malati rapidamente migliorarono: scomparvero i dolori, la dispnea, la tosse, la disfagia, le crisi anginose, i disturbi della voce. Tale miglioramento si mostrò in alcuni casi duraturo per parecchi mesi dopo una serie di sole dodici iniezioni di cianuro per via endovenosa, in altri si dovette procedere, sempre però con vantaggio, a successive serie d'iniezioni.

Vaquez e Laubry hanno usato in 9 casi l'arsenobenzolo (5 aortiti e 4 aneurismi). I risultati furono nulli in 6 di essi (3 aortiti e 3 aneurismi); in questi stessi le iniezioni mercuriali si mostrarono successivamente vantaggiose.

Su un malato in cui nè salvarsan nè mercurio avevano dimostrato azione utile, diede un miglioramento sensibile il lipiodolo per iniezioni sottocutanee (2-3 cmc. ogni due giorni).

Il salvarsan fu dal Vaquez e Laubry usato a piccole dosi per iniezioni endovenose (0.20 cgrm. per 3-4 volte consecutive distanziate da qualche mese d'intervallo).

La tolleranza per le piccole dosi di salvarsan per via endovenosa è secondo gli AA. ottima: talora si hanno fugaci elevazioni termiche, talora cefalea, talora disturbi gastro-intestinali. Su più di 100 casi due sole volte si ebbe edema polmonare che fu vinto col salasso e con la morfina.

In un terzo caso, in un malato asistolico l'iniezione di salvarsan fu fatale: l'ammalato morì dopo 24 ore in seguito ad un accesso di edema polmonare.

Ma l'accidente disgraziato al più può costituire una controindicazione non assoluta contro il metodo ma relativa per lo stato del malato.

La cura col salvarsan e col mercurio dovrà essere seguita a lungo, come quasi per tutte le infezioni luetiche, perchè facilmente, a distanza più o meno lunga di tempo, si hanno recidive.

t. p.

Il meccanismo d'azione degli ioduri nell' arteriosclerosi.

Gli ioduri hanno fama di rimedio specifico dell'arteriosclerosi: l'Huchard attribuisce ad essi il potere di abbassare la pressione sanguigna, di rendere più attiva la nutrizione degli organi, di favorire l'assorbimento di processi degenerativi della parete vasale e di diminuire la resistenza periferica. Il Capps riprende recentemente la questione dal punto di vista critico e in base alle esperienze di numerosi AA. sostiene che gli ioduri in dosi terapeutiche non sono attivi vasodilatatori e anche somministrati per lungo tempo non determinano un abbassamento della pressione sanguigna. Dove tale rimedio esplica la sua influenza benefica è costituito dalle arteriti sifilitiche: in queste si ha in seguito alla somministrazione dei preparati di iodio un assorbimento dell'essudato delle pareti arteriose. L'assorbimento avverrebbe mediante la formazione di un fermento proteolitico, che si forma per l'unione dello iodio agli anticorpi, che ha un'azione specifica sull'essudato cellulare di natura sifilitica. È però possibile che questa azione digestiva possa esplicarsi in un grado minore nell'essudato cellulare dell'arteriosclerosi anche dove la sifilide non entra come fattore patogenetico.

Il Müller ed Inada hanno sostenuto che l'azione dello ioduro si esplica solo diminuendo la viscosità del sangue; però le esperienze degli autori hanno contrastato anche questi dati.

P. A.

La dieta nelle malattie cardio-vascolari.

Nelle malattie dell'apparecchio cardio-vascolare la dieta è forse il fattore più importante nella riuscita della cura. Il Bishop nel *Medical Record* (28 settembre 1912) sostiene la necessità di predicare questo principio giacchè nella nostra generazione gli errori dietetici così frequenti sono forse la causa principale del forte aumento delle malattie cardio vascolari. Il medico pratico riconosce questo principio per quel che si riferisce per le forme di nefrite interstiziale che possono in fondo considerarsi come malattie vascolari ma non crede che ciò si possa dire anche per le affezioni valvolari. L'A. sostiene i vantaggi di una dieta razionale non solo nelle malattie di natura arteriosclerotica ma anche nelle semplici endocarditi reumatiche: infatti, egli dice, un cuore sano resiste meglio all'intossicazione di origine intestinale che non un cuore malato.

Il principio fondamentale che deve guidarci nella scelta della dieta dei cardiaci ed arterio-

sclerotici è di limitare il numero delle calorie introdotte cogli alimenti in modo che il paziente non ne riceva più del necessario. Anche nella scelta di essi bisogna evitare un eccesso di sostanze proteiche. La dieta ideale di tali pazienti è costituita da pane, burro e di una certa quantità di latte: si deve evitare un eccesso d'idrati di carbonio o di grassi perchè il paziente non aumenti di peso: le sostanze proteiche necessarie l'A. preferisce darle in forma di formaggio non fermentato.

P. A.

VARIA

L'etica, lo scopo e le prerogative dell'ufficiale medico in America. — Il colonnello medico Mervin Maus (in *The Military Surgeon*), rileva innanzi tutto che durante questi ultimi tempi, molto è stato fatto negli Stati Uniti d'America per la cura delle truppe in campagna, per l'organizzazione del servizio sanitario, per l'igiene dell'esercito e per la profilassi delle malattie infettive, il che ha già dato notevoli buoni frutti con una riduzione della morbosità: tuttavia ancora moltissimo resta a fare e la triste esperienza dell'ultima guerra con la Spagna deve insegnare che molte mansioni sono da affidare al corpo sanitario acciocchè esso possa esplicare tutte le funzioni che gli competono. La perfetta organizzazione di altri eserciti, specialmente germanico e giapponese, dovrebbe essere di ammonimento e di incitamento a fare di più e di meglio. Le ragioni per cui il corpo sanitario militare non ha conseguito quello sviluppo e quella importanza che gli spettano devono ricercarsi in molti fatti: intanto però è certo che nessuna classe di ufficiali ha nell'esercito una maggiore importanza e una posizione di maggiore fiducia e responsabilità come quella degli ufficiali medici.

Gli è perciò che all'ufficiale medico occorrono molte qualità acciocchè esso possa riuscire valente e utile: non bastano quindi i meriti acquistati all'Università o alla Scuola d'applicazione, ma occorrono naturale disposizione e adattabilità; inoltre tatto e diplomazia, applicazione e zelo, onestà e lealtà; sono requisiti negativi l'incoerenza e la non uniformità delle azioni, lo squilibrio, la ristrettezza dell'orizzonte mentale, il considerare le questioni da un sol lato e sotto un unico angolo visuale. Il medico militare, oltre una sufficiente e svariata cultura scientifica, deve conoscere le leggi militari, un po' di tattica sovratutto per ciò che si riferisce agli ospedali e alle ambulanze, deve essere un po' architetto, giudice e avvocato, commissario e contabile, deve saper dirigere un ospedale, una nave-ospedale, un treno-ospedale, ecc.

Per la preparazione degli ufficiali medici, l'A. dà innanzi tutto una grande importanza all'istruzione militare, la quale non deve essere così estesa come per un altro ufficiale qualsiasi, ma deve però mirare a istillare quei principii di disciplina, di istruzione militare e di ogni altra cosa che è essenziale al comando. I principii di etica che regolano la professione nei medici civili sono ugualmente applicabili al medico militare, e la sua posizione nella gerarchia militare non lo obbliga nè lo disobbliga dal fare discriminazioni nell'adempimento del proprio servizio. L'A. è di avviso, inoltre, che il medico militare è bene che curi anche le famiglie degli ufficiali, le vedove, i figli e le donne di servizio, poichè ciò serve a dargli prestigio e importanza: e se, come del resto accade, spesso l'opera sua non è apprezzata, ciò non deve scoraggiarlo, perchè nella pratica civile accade altrettanto.

Nelle diagnosi deve esser chiaro ed esplicito, evitando le prognosi fosche ispirando fiducia nei casi gravi. Inoltre nei rapporti coi colleghi civili, sovratutto in casi di consulti, sia sempre ben disposto e generoso; in qualunque località egli si trovi si mostri geloso custode della salute pubblica, specialmente in casi di malattie epidemiche contagiose.

Relativamente allo scopo dei doveri dell'ufficiale medico, si sa che esso consiste nella salvaguardia della salute dei militari: ora appunto per ciò l'ufficiale medico ha il dovere e la facoltà di proporre ai Comandi tutte quelle misure che egli stima migliori per la salute delle truppe; possiede quindi un'arma di autorità quasi formidabile di cui raramente egli stesso apprezza il valore. Nei rapporti coi comandanti, e specialmente quando trattasi di fare osservazioni o proposte di ordine tecnico-sanitario, occorre abilità, tatto e diplomazia; perchè per quanto la franchezza e il candore siano belle qualità, i comandanti di corpo in genere non tollerano una critica aperta, e ottiene spesso migliore effetto una udienza verbale o un'intesa cordiale che non una relazione scritta. L'A. entrando a parlare dei doveri strettamente professionali del medico militare lamenta che nel corpo sanitario sia scarso il numero di specialisti, e sarebbe veramente desiderabile che il Governo provvedesse che un certo numero di ufficiali medici avesse modo di perfezionarsi nelle varie discipline mediche.

Un compito importante degli ufficiali medici è quello di prendere parte ai Consigli per la riforma: però non è logico che detti Consigli siano

formati di due ufficiali medici e di tre ufficiali di altra arma, i quali non hanno nessuna competenza in materia; essi dovrebbero essere formati esclusivamente di ufficiali medici.

L'A. vorrebbe abolito il titolo di chirurgo dato ai medici militari in genere negli Stati Uniti d'America, e giustificato solo dal passato in cui il medico militare era unicamente chiamato ad amputare braccia e gambe: vorrebbe che fossero designati col titolo di ufficiali medici e con una gerarchia e attribuzioni bene definite, perchè l'ufficiale medico è un vero e proprio militare, il quale, per poter divenire in guerra un elemento valido, deve liberamente imparare e accettare la parte militare dei suoi doveri.

D. BALESTRA.

(Dal *Giorn. di Med. Militare*).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

L. PIAZZA. **Il « De Re Medica » di A. C. Celso nella medicina romana.** Dissertazione storico-critica di pag. XXIX-398. Catania, 1912.

Il De Renzi scriveva a proposito del medico augusteo: « Volendo dare un giudizio generale sulle opere di Celso, conviene sopratutto tener conto della letteratura medica anteriore ai tempi suoi, dello spirito generale della letteratura medica universale a lui contemporanea, e dello spirito speciale della letteratura medica romana. Senza di questi criteri il giudizio riuscirebbe fallace o imperfetto ». Ebbene a me pare che il prof. Piazza abbia trasfuso nella sua dotta e ampia monografia tutti gli elementi di conoscenza accennati, non fermandosi ad illustrare l'opera di Celso individuata e presa in sè, ma ponendola nel suo ambiente storico, ma collegandola al movimento scientifico del suo tempo.

In tal modo il quadro tracciato dal Piazza ha più vasti confini e un maggiore interesse: esso s'inizia con lo studio della medicina romana dalle origini al tempo di Asclepiade di Bitinia, con la venuta del quale nell'urbe, la medicina romana assunse forma e sostanza scientifica. Tratta delle varie scuole in voga, dei dogmatici, degli empirici, del *metodismo* di Temisone, che pur diede dei buoni clinici; quindi giunge da Celso a Galeno e da questi ai medici del basso impero.

Viene poi ad una esposizione critica sommaria del *De Re Medica*, trattato didattico che rivela le altissime doti dello scrittore romano, eruditissimo anche in agricoltura, in giurisprudenza, in arte militare, in rettorica. Celso fu — secondo il De Renzi — il più poderoso e indipendente ingegno che l'Italia antica possa presentare alla storia della medicina. Esso venne almeno cinque secoli dopo che la medicina era stata ridotta a forma scientifica e seppe nel vasto pensiero abbracciare tutto ciò che si trovava di positivo nell'immenso numero di speculazioni e di pratiche ammassate in Grecia, in Egitto e a Roma.

Queste parole ricevono una conferma lusinghiera dallo studio lucido e completo del professor Piazza, il quale ha mostrato, con la sua fatica, la necessità per ogni medico colto di una erudizione storica nelle proprie discipline.

G. BILANCIONI.

A LORAND. **La vecchiaia, le cause e la cura.** Un volume in-16 di pag. 242. Traduz. Napoli, Casa editrice libraria Vittorio Idelson, 1912. L. 6.

Sin dalle prime battute questo libro lascia disorientati e perplessi. Non può leggersi che a sbalzi; ma è molto opportunamente condensato nella chiusa, in cui l'A. formula i seguenti precetti per chi vuol vivere a lungo: portare le scarpe basse, sposarsi di nuovo quando si resta vedovi, mangiare una volta al giorno, prendere un bagno tepido tutti i giorni e così via.

L'A. espone alcuni teoremi di cui non si afferra la dimostrazione. Così, volendo comprovare i pericoli di un'abbondante alimentazione carnea, adduce tra le altre un'osservazione di Forsyth, secondo il quale negli uccelli rapaci i follicoli della glandola pituitaria sono ipertrofizzati. Sarebbe interessante provare tra questi uccelli il regime vegetariano.

L'A. va imperterrito allo scopo. « Un'armata — egli dice — di cui i soldati possedessero glandole sessuali attive... sarebbe, salvo circostanze avverse, sempre vittoriosa per valore. L'igiene di queste glandole, la preservazione di esse contro ogni malattia, dovrebbe essere considerata come il primo dovere dei capi di armata ». È questo un suggerimento prezioso per i generali turchi.

L'A. procede per intuizioni. « Molto frequentemente — egli dice — nelle celibatarie si osservano delle dispepsie nervose... Si comprende facilmente debba trattarsi di stimoli, che partiti dalle glandole sessuali, agiscono sul simpatico e sullo pneumogastrico ». Che cosa v'è di più ovvio?

Il lavoro è riccamente documentato. Ne deriva l' impressione che si tratti di un lavoro serio. Parrebbe scritto per lo « Scherznummer » della *Münchener med. Wochenschrift.*

È strano che un medico di valore si sia lasciato indurre a tradurlo; che Antonino Anile, di cui tutti ammiriamo l'ingegno, la coltura e la valentia stilistica, vi abbia apposto una prefazione; che la Casa Idelson, la quale ha regalato ai me-

dici italiani molte ottime opere, non si sia peritata ad accogliere anche questa tra le proprie edizioni.

Non v'è alcun bisogno tra noi di libri del genere.

L. VERNEY.

H. GRASSET. **Étude historique et critique sur les générations spontanées et l'hétérogénie.** 1 vol. in-8° di pag. 192, Paris, Librairie Méd. et Scient., Jules Rousset, 1913.

Il reputato storico francese della medicina dimostra un'erudizione impareggiabile in questa monografia. Egli riesce a svolgere, in una forma brillante e gradevole, un soggetto in sè arido, presentando sotto una luce nuova delle vedute un po' eterodosse.

Le ricerche dei vecchi medici naturalisti italiani tengono degno posto nel lavoro di Ettore Grasset: quelle di Redi sono considerate come « l'introduzione della medicina sperimentale nelle scienze naturali ».

La trattazione guadagnerebbe se fosse ripartita in capitoli e corredata di un indice pei riferimenti.

R. B.

ALBERT et ALEXANDRE MARY. **Synthèse du « bacille » de Koch.** 1 op., Paris, Jules Rousset, 1913. Fr. 1.

A più riprese si è sostenuto, da von Schrön, Middendorp, Dimitropol, E. Grasset, che i bacilli di Koch fossero un epifenomeno nella tubercolosi. Gli AA. vantano ora una nuova scoperta sensazionale: i bacilli di Koch sarebbero un prodotto di precipitazione, non già esseri viventi. E gli AA. sono stati in grado di riprodurli per sintesi chimica. Si ripromettono delle applicazioni profilattiche e terapeutiche da questa scoperta.

I. T.

R. SCHWALBE. **La Vie du Règne Minéral.** 1 vol. in-12° di pag. 118, con 4 tav. Paris, J. Rousset, 1913. Fr. 3.

Utilizzando le esperienze proprie e quelle di altri moderni biologi — il v. Schrön è stato un precursore in questo campo — l'A. tende a dimostrare che il regno minerale vive come gli altri due regni e della stessa vita.

Le informazioni che l'A. fornisce sulle vecchie teorie alchimiste sono curiose e interessanti.

La terza parte del lavoro è un vero trattato di biologia minerale, che interesserà i medici, i biologi, i pensatori...

I. T.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MONTESANO V. Granulosis rubra nasi Iadassohnii (falsa acne rosacea dell'infanzia dell'Audry?). — Roma, 1912.

GAUSSEL Q. Traitement de la tubercolose pulmonaire per la sérum antituberculeux de Marmorek. — Paris, 1912.

CALENDOLI E. Metodo semplicissimo per raccogliere in profondità i campioni di acqua per l'esame batteriologico senza alcun apparecchio. — Napoli, 1912.

BARILE C. Modificazioni alla tecnica degli impianti nervosi. — Napoli, 1912.

VITALI F. La medicina del lavoro (prelezione). — Venezia, 1912.

FEDERICI N. L'opera dell'ospizio marino di Alghero e sua importanza nella lotta contro la tubercolosi nella provincia di Sassari. — Napoli, 1912.

LUCIDI G. Gubbio risorgerà (opuscolo di propaganda igienica locale). — Gubbio, 1912.

PRAMPOLINI B. L'intervento chirurgico nel morbo di Flaiani-Basedow con particolare accenno al problema della narcosi. — Venezia, 1912.

BRUCHI F. Contributo clinico alle ferite penetranti dell'addome. — Milano, 1912.

DEL GRECO E. e RANFAGNI A. Sopra alcuni casi di deformità congenite dell'arto inferiore. — Biella, 1912.

BRUN V. La cura chirurgica dell'ernia inguinale nei bambini. — 1912.

MONTEFUSCO A. Su due casi di beri-beri. Napoli, 1912.

GUERRINI G. Beitrag zum Studium der Anophylaxie. Ueber Anophylaxie durch Gewebe-und Bakterienproteade. — Jena. 1912.

GUERRINI G. I trematodi parassiti dell'uomo. — Pavia, 1912.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ufficiali medici della Regia Marina.

Poichè il *Policlinico* si è occupato varie volte con benevolenza delle poco liete condizioni in cui versa il corpo sanitario marittimo, vuol permettermi di richiamare la sua attenzione sul progetto di legge formulato da S. E. Leonardi-Cattolica per il riordinamento dei corpi militari della regia marina, in cui si parla anche degli ufficiali sanitari? Il progetto stesso fu presentato alla Camera nella seduta del 13 febbraio u. s. e quindi ritirato nella successiva seduta del 20, ma poichè ciò, a quanto si dice, non riguarda i medici; così questo ritardo nella discussione alla Camera può permettermi di commentarlo anche sulle sue colonne.

Di che si sono lagnati e si lagnano i medici di marina? Di essere in condizioni morali e materiali inferiori ai colleghi civili e più che tutto degli altri corpi militari della marina da guerra. Questo stato di cose è militarmente illustrato nella relazione che precede il disegno di legge stesso e si deve esser grati del riconoscimento della giustezza delle lamentele fatte pubblicamente nella stampa dai colleghi della marina militare e portate anche alla tribuna parlamentare da autorevoli Deputati e Senatori (v. pag. 5). Senonchè riconosciuti giusti i lagni per tali condizioni di fatto ed ammesso p. es. che il più modesto medico condotto, oggi, guadagna non meno di L. 4000 annue con la possibilità di aumentarle col lavoro straordinario e senza tante esigenze di vita (p. 5, col. 2) si dice che non è possibile aumentare lo stipendio del medico di marina per non creare disparità con gli ufficiali degli altri corpi. Poco più avanti però (p. 16-17) si vede che vi sono ufficiali i quali percepiscono indennità d'arma che variano, a seconda del grado, da 1000 a 1200 lire annue, mentre per i medici questa indennità va da 200 a 400 lire! Ora si chiami stipendio o si chiami indennità, il fatto è che, *a parità di grado*, vi sono disparità notevoli di retribuzione; conviene poi notare che qui non si accenna alle *pensioni* ove si trovano altre e notevoli disparità!

Si dice, poi, nella stessa relazione che il progetto veniva a rendere quanto è più possibile uguale la carriera degli ufficiali dei corpi laureati (p. 5, col. 1). Ebbene, basta vedere il quadro organico proposto per giudicare della equiparazione che si fa fra i medici e gli ingegneri (cioè fra gli unici corpi paragonabili per somiglianza di origine accademica).

Basta notare infatti: 1° che questi (tabella 5, p. 35) su 126 persone hanno 4 ufficiali generali, di cui un tenente generale, mentre i medici, anche se verrà approvato il nuovo progetto, verranno ad avere 2 ufficiali generali (maggior generale) su 232 di organico; 2° che i 10 tenenti colonnelli ingegneri hanno 9 posti disponibili per colonnello (il che vorrebbe dire che, aritmeticamente parlando, sono promovibili tutti, meno 1); i 16 tenenti colonnelli medici non possono coprire che 9 posti di colonnello (il che vuol dire che di essi 7 cadono colpiti dei limiti di età nel grado inferiore); 3° per 15 maggiori ingegneri sono disponibili 10 posti di tenente colonnello, mentre per 40 maggiori medici non sono disponibili che 16 posti di grado superiore. E questa è la equiparazione di carriera! Si dirà che, invece, i tenenti rimarranno pochi anni nel grado e saranno promossi presto capitani — cioè a quel minimo di L. 4000, riconosciuto al più modesto medico condotto — ma questo a dir vero è troppo poca cosa quando si parla di miglioramento di carriera e di emolumenti.

In conclusione, allora quali sono i miglioramenti che verrebbero ad avere i medici di marina con la nuova legge? È presto detto. Il riconoscimento ufficiale che due leggi che li riguardavano approvate fino dal 1910 e 1911 (pag. 15, col. 1) erano restate finora lettera morta e che si dà loro esecuzione con la legge presentata ora, aumentando così il corpo sanitario marittimo degli ufficiali superiori ed inferiori che presteranno servizio per l'emigrazione ed aumentando un poco la percentuale degli ufficiali superiori per gli accresciuti bisogni della marina militare.

La parte del progetto militare più promettente di buoni frutti, per il Ministro della Marina è, poi, il nuovo sistema di reclutamento, cioè per concorso fra gli ufficiali medici di complemento. Speriamo che queste nuove disposizioni rimedino alle deficienze, non solo di numero, ma anche ad altre ben più gravi, ammesse implicitamente nella stessa relazione ministeriale ove si confessa, che non ostante aver diminuito le esigenze scientifiche per i concorrenti, il numero di questi è scarso (p. 5, col. 2), ed aggiungiamo noi, elevato il numero dei riprovati. Ora appena presentato il nuovo progetto di legge il Ministero della Marina torna alla carica con un nuovo arruolamento di medici, coi vecchi sistemi per il prossimo mese di maggio (ma quali medici saranno disponibili in un'epoca simile?) perchè un primo concorso per 33 posti raccolse 17 aspiranti con 11 ammessi, un

secondo per 20 posti, 12 concorrenti, con 11 ammessi ed un terzo, appena, appena esaurito, racimolò altri 12 concorrenti con 7 ammessi! Si potrebbe dire che il concorso per tenente medico di marina, è simile a quelle rappresentazioni cinematografiche *ad entrata libera!* Quanto durerà tutto ciò?

Speriamo poco tempo, e che in seno agli uffici ed alla tribuna parlamentare si alzi qualche voce autorevole che dica al Governo che questo stato di cose deve cessare e che lo sproni a studiare serenamente e profondamente il problema delle condizioni dei medici di marina pensando alla gravità della cosa ed agli interessi collettivi piuttostochè a quelli particolari.

L.

Cronaca del movimento professionale.

Assegni di riposo ai medici condotti. — Ecco l'elenco degli assegni di riposo conferiti ai medici condotti, loro vedove ed orfani dal Consiglio di amministrazione della Cassa depositi e prestiti e degli Istituti di previdenza durante il quarto trimestre dell'anno 1912, a carico della Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari.

Chiappe Margherita, ved. del dott. Frondoni Calisto, pensione lire 1082.56; Braidotti dottor Luigi fu Giuseppe, id. lire 3235.54; Salvadori dott. Gio. Batta fu Giovanni, id. lire 1394; Forconi dott. Saverio fu Pietro, id. lire 2623.71; Luceri dott. Antonio fu Ambrogio, id. lire 900; Orfano del dott. Castelli Giuseppe, id. lire 794; Prignacca dott. Paolo fu Francesco, id. lire 1119; Rizzi dott. Luigi fu Domenicantonio, id. lire 2310; Bianciardi dott. Pietro fu Fabio, id. lire 1588; Belli Ernestina, ved. del dott. Tomatis Carlo ed orfani, id. lire 716.50; Natoli dott. Beniamino fu Gioachino, indennità lire 2637.16; Lignani dottor Carlo fu Antonio, pensione lire 2735; Matera dott. Giuseppe fu Domenico, id. lire 1756; Antonione dott. Giuseppe fu Stefano, id. lire 2693; Azzi dott. Giovanni fu Bortolo, id. lire 900; Marsano dott. Angelo fu Giuseppe, id. lire 1790.03; Lorenzini dott. Gio. Antonio fu Domenico, id. lire 2693; Fortunati dott. Leopoldo fu Giuseppe, id. lire 1487; Dalla Favera dott. Giacomo fu Giovanni, id. lire 1875.16; Ferrero dott. Giovanni fu Giuseppe, id. lire 1756; Maggio Teresa, vedova del dott. Maggio Giovanni ed orfana, id. lire 770.50; Trevisan dott. Francesco fu Giovanni, id. lire 1646.05; Belloli dott. Luigi fu Ottavio, id. lire 1646.05; Casaburi dott. Domenico fu Carlo, id. lire 1847; Gallini dott. Valerio fu Giuseppe, id. lire 1370; Vella dott. Andrea fu Salvatore, id. lire 1921.16; Spinelli dott. Francesco fu Pietro, id. lire 2161.82; Sabbioni dott. Dario fu Secondo, id. lire 2210.22. (*Avv. San.*)

Per gli ufficiali sanitari della provincia di Catania. — Rileviamo dall' « Avvenire Sanitario » che il C. S. P. e la G. P. A. di Catania hanno approvata la nuova tabella organica per gli ufficiali sanitari (63) sieno liberi esercenti o medici condotti. Il notevole passo per la redenzione economica degli ufficiali sanitari in questa provincia è dovuto all'opera sapiente, indefessa del benemerito medico provinciale cav. Guglielmo Crisafulli, funzionario valoroso, cosciente.

Per l'esecuzione della tabella approvata fu dato alle amministrazioni comunali il termine di giorni trenta dalla G. P. A. che riservasi di provvedere di ufficio contro le amministrazioni inadempienti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3687) *Pensioni - Liquidazioni.* — Il Dott. N. S. da S. P. B. chiede la liquidazione della pensione che potrà percepire al 1° luglio od al 16 settembre prossimo.

Al 1° luglio prossimo conterà 52 anni e 9 mesi e mezzo di età e 24 anni e 6 mesi di servizio; al 16 settembre conterà 53 anni di età e 24 anni 8 mesi e mezzo di servizio. Poichè quando dall'insieme del servizio prestato risulta una frazione di anno il periodo che eccede 6 mesi è calcolato per un anno intero e la medesima norma è seguita nella determinazione della età, la pensione sarà sempre per Lei la medesima sia che vada a riposo il 2 luglio prossimo sia che vada a riposo il giorno 16 del successivo settembre.

Liquiderà annue lire 981.46.

(3688) *Farmacie - Privilegi.* — Il Dott. A. C. T. da B. chiede conoscere se essendo stata nel suo paese impiantata da diversi anni una seconda farmacia possa il proprietario dell'antica farmacia ricorrere al prefetto per far chiudere il nuovo esercizio che ha violato privilegi di cui egli era unicamente investito.

I privilegi ed i vincoli stabiliti a favore delle farmacie sono stati sempre considerati come valori patrimoniali. La loro violazione si reintegra dalla autorità giudiziaria mediante condanna al pagamento di danni da parte del violatore. Come quella di tutti i diritti patrimoniali, l'azione giudiziaria relativa si prescrive col decorso di 30 anni.

La chiusura della seconda farmacia non potrebbe più ora essere ordinata dal prefetto sia per lo stato di fatto esistente da tempo sia perchè quando fu aperta già vigeva il sistema del libero esercizio farmaceutico.

(3689) *Cessione quinto di stipendio.* — Il Dott. G. F. da P. chiede conoscere se può cedere per lire 6000 il proprio stipendio e quale Banca offra condizioni più vantaggiose.

Ignoriamo quale fra le tante Banche che fanno operazioni di cessione di stipendio offra condizioni più vantaggiose. Crediamo che non possa ottenere la somma di lire 6000 che Ella desidera, perchè il quinto di lire 3000, quale è il suo stipendio, per cinque anni non dà che il solo capitale di lire 3000 senza neanche le spese e gli interessi.

(3690) *Laboratori di vigilanza igienica personale.* — Il Dott. G. N. da C. D. C. desidera conoscere se un Comune di 2700 abitanti sia obbligato a tenere un laboratorio scientifico di vigilanza igienica e se possa essere nominato ufficiale sanitario chi sia sfornito della necessaria competenza in materia di igiene.

Dall'articolo 3 della vigente legge sanitaria è fatto obbligo ai soli Comuni di popolazione superiore ai 20,000 abitanti di impiantare uno speciale laboratorio. Gli ufficiali sanitari saranno nominati in base a concorso. Ora si provvede alla meglio con nomine provvisorie o fra i liberi esercenti o, in mancanza, fra i medici condotti. Per la speciale funzione affidata a detti sanitari, deve essere sempre preferito chi abbia fatto studi speciali e pratici di pubblica igiene.

(3691) *Consorzio sanitario - Indennità* — Il Dott. F. M. da C. chiede altri schiarimenti sulla indennità cui ha diritto per effetto dello scioglimento del Consorzio presso cui prestava servizio.

Secondo noi Ella in un eventuale dibattito giudiziario dovrebbe ottenere vittoria. È vero che il diritto alla indennità è contrattuale e non regolamentare, ma è vero pure che, riportandosi il capitolato ed adottandole, a tutte le disposizioni previste nei regolamenti sanitari vigenti quell'obbligo è diventato *ipso iure* contrattuale e, quindi, perseguibile con azione giudiziaria. Il Comune ove serve ha il dovere di corrisponderle la metà perchè esso rappresenta ora il Comune A, mentre è verso di Lei debitore un ente che più non esiste, cioè, il Consorzio A B. È poi indubitato che lo stipendio che ora percepisce è di misura inferiore a quello che percepiva dal Consorzio A B.

(3693) *Pensione - Interpretazione di capitolato.* — Al Dott. A. M. da I. D. che chiede maggiori chiarimenti su di un quesito precedentemente da lui fatto, rispondiamo che ha, secondo noi, completamente ragione giacchè sia che diventi inabile per causa dipendente dal servizio in qualsiasi tempo, sia che vada a riposo dopo 25 anni di servizio il Comune è sempre obbligato a corrisponderle l'intero stipendio mediante supplemento alla pensione governativa.

(3694) *Pensione - Contributo straordinario pei medici anziani.* — Il Dott. L. G. da P. chiede conoscere se dopo il primo decennio di iscrizione alla Cassa di previdenza cessa l'obbligo di pagamento del contributo straordinario da parte dei medici anziani e se le Opere pie abbiano obbligo di iscrivere alla detta Cassa i sanitari da esse dipendenti.

Cessato il primo decennio di iscrizione, i medici anziani non debbono pagare altro che l'ordinario contributo annuale di lire 132. Le Opere pie hanno obbligo di iscrivere alla Cassa di previdenza i propri medici quando eventualmente posseggano reddito superiore alle lire 5000 annue.

(3696) *Stipendio netto. Pagamento visite.* — Il Dott. A. R. 15 chiede conoscere quale stipendio netto gli compete ricevendo al lordo 4000 lire annue e se oltre la citazione vi è altro mezzo legale per ottenere il pagamento delle visite fatte a privati.

Le compete al netto la somma di lire 300 oltre l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune. Oltre la citazione non vi ha altro mezzo legale. Può rifiutarsi alla visita quando vi provvede il collega.

(3697) *Indennità cavallo - Ricchezza mobile.* — Il Dott. E. D. M. da A. desidera conoscere se sulla indennità cavallo debba pagare la R. M.

Su tale indennità ben si paga la R. M. perchè essa rappresenta una utilità di cui il medico si avvantaggia per compiere meglio il proprio dovere.

(3699) *Esercizio abusivo dell'arte salutare.* — Il Dott. F. V. da B. C. chiede se il medico che ha saputo che prima del suo intervento una levatrice, non patentata, abbia assistita una puerpera, abbia obbligo di denunziarla.

Obbligo legale non vi è, perchè non è cosa che risulta al medico direttamente o per vista ma bensì per semplici referenze. Se però dell'operato della esercente abusiva esistano tracce che possono condurre alla configurazione di un delitto colposo si ha allora l'obbligo legale della denunzia, come per qualsiasi altro fatto che possa presentare la figura di delitto contro la persona.

Condotte e Concorsi.

ASSORO (*Catania*). — Seconda condotta medica p. Assoro e Borgata S. Giorgio. Soli poveri stipendio L. 2500 e L. 200 indennità di cavalcatura. Scadenza 18 marzo.

BAROLO (*Cuneo*). — Condotta pei poveri; lire 1600 e L. 100 quale uff. san. Probabilità di assegno annuo (circa L. 600) se l'eletto sarà beneviso all'Amministrazione dell'Opera pia Barolo. Obbligo di residenza. Scad. 15 marzo.

BEVERINO (*Genova*). — Condotta piena e uff. san. L. 3200 lorde ed 1 sessennio; L. 500 per cav. Scad. 20 marzo.

BORNASCO (*Pavia*).—Condotta piena; L. 3300 aument.. ab. 1021. Scad. 30 marzo.

* CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per abit. 2411; L. 4500; obbl. cav. costante. Scadenza 12 marzo.

CAPRINO VERONESE (*Verona*). — Condotta per Pesina; lorde L. 4000. Schiarimenti al Municipio. Scad. 15 marzo.

CASTELFOCOGNANO (*Arezzo*). — A tutto il 17 marzo condotta pei poveri: L. 2800 lorde, 4 sessenni, L. 750 indennità mezzo trasporto. Ab. 4691. Cura abbienti fino al 31 dicembre 1914; indennizzo di L. 950 lorde.

CAVARZERE (*Venezia*). — *Ospedale Civile*. Medico primario; L. 3500, metà dei proventi d'ambulatorio e 15 % delle tasse d'operazione. Assistentato in clinica od ospedale di città. Chirurgo primario; L. 4000, un terzo dei proventi d'ambulatoria e delle tasse d'operazione. Scad. ore 17 del 22 marzo.

* CHEREMULE (*Sassari*). — Cond.; L. 2500 nette e L. 200 se il titolare rinunzierà alla licenza. Scadenza 20 marzo.

CHIAUCI (*Campobasso*). — Condotta; L. 1200 pei poveri (quaranta) e L. 1000 per la generalità; arm. farm.; L. 100 all'uff. san. Ab. 1058. Scad. 30 giorni dal 23 feb.

CHIAVRIE (*Torino*). — Condotta con Chiusa; L. 1300; L. 150 quale uff. san. e L. 150 per supplenza. Scad. 19 marzo.

CUREGGIO (*Novara*). — Condotta; ab. 2117; lire 2000 pei poveri (nel numero approssimativo di 1300); L. 1200 per gli abbienti; L. 200 per le funzioni di uff. san.; alloggio. Lo stipendio verrà aumentato di L. 600 nel corso del biennio 1914-1915 e verranno concessi tre sessenni, salvo approvaz. dell'autorità tutoria. Scad. 12 marzo.

FABBRICO (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 2500 e L. 1000 per cav. Scad. 18 marzo.

FIORENZUOLA DI FOCARA (*Pesaro*). — Condotta; L. 500 pei poveri e L. 3000 per gli abbienti, al netto di R. M.; L. 100 quale uff. san.; 20 giorni di congedo. Obbl. cav. Ab. 1814. Scad. 15 marzo.

FIRENZE. *Comune*. — Concorso per titoli e per esame a 2 posti di medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene; L. 3500 e 7 aumenti di L. 400 ciascuno al compimento del 3°, 6°, 10°, 14°, 19°, 25° anno di servizio; 21-40 anni; laurea da almeno 3 anni. Voti nei corsi universitari. Scad. 12 marzo.

FOLIGNO (*Perugia*). — Cinque condotte; per tre L. 4500, per una L. 4200, per una L. 3650. Domande separate. Età limite 40 anni. Chiedere l'annunzio. Scad. 10 aprile.

GENAZZANO (*Roma*). — Condotta piena; L. 3000 nette e 2 sessenni. Scad. 20 marzo.

GINESTRA DEGLI SCHIAVONI (*Benevento*). — Condotta piena; L. 2000 e L. 100 quale uff. sanitario. Scad. 15 marzo.

GIRGENTI. — *Laboratorio chimico consorziale di vigilanza igienica della provincia*. Assistente; lire 1800 lorde, elevabili a L. 1900 e L. 2000 con l'aumento dei comuni consorziati. Laurea in medicina (o in chimica, in chimica-farmacia, in veterinaria, in scienze agrarie). Assunzione fino al 31 dic. 1915; rinnovamento quinquennale. Scad. ore 16 del 30 aprile.

GREVE (*Firenze*). — Condotta pei poveri del capoluogo; L. 2300 e L. 400 per cav. Scad. 12 mar.

MARCIANA (*Livorno*). — A tutto il 20 marzo condotta per Poggio (abitanti 800); L. 3000 nette.

*MASSA MARTANA (*Perugia*). — Due condotte; L. 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lire 700 per cav., lorde, in corso d'approv. Scadenza 26 marzo.

* MONTEMIGNAIO (*Arezzo*). — Condotta; L. 2500 nette e 2 sessenni; cura poveri (5 o 6 famiglie) e L. 100 quale uff. san.; esonero cav. Ab. 1764. Scad. 20 marzo.

* OSTRA (*Ancona*). — Condotta; L. 4000, riducibile del terzo se la cura fosse ridotta ai soli poveri. Scad. 20 marzo.

PELLA-ARTÒ-BOLETO (*Novara*). — Condotta consorziale piena; L. 3100 lorde e L. 300 uff. san. Ab. 1700. Residenza Alzo. I termini per presentare la domanda e documenti sono prorogati al 15 corrente marzo. Smentiscesi boicottamento condotta da A. N. M. C.

* RECANATI (*Macerata*). — Due condotte di campagna; L. 3230, L. 400 per cav.; L. 200 in caso di rinunzia al congedo ordinario e L. 200 in caso di supplenza reciproca. Scad. 10 marzo.

ROMA. *Comune*. — Due posti medico chirurgo ed a quegli altri che si rendessero vacanti fino alla nomina dei vincitori del concorso che è per titoli e per esame. Medici del suburbio: L. 300 per gli abbienti, L. 4000 per i poveri, L. 200 per arm. farm.; Medici dell'Agro romano: L 700 per gli abbienti, L. 3500 per i poveri, L. 300 per arm. farm. Alloggio nella stazione sanitaria comunale. Rivolgersi alla Segreteria generale. Scadenza 22 marzo.

ROMAGNESE (*Pavia*). — Condotta libera; L. 2497, L. 215 quale uff. san. L. 850 per cav., oltre indennità di L. 1 per km. andata e ritorno e L. 1 per ogni visita. Scad. 15 marzo.

ROVETTA (*Bergamo*). — Condotta consorziale; L. 4000 e 3 sessenni; L. 360 quale uff. san. e L. 1000 per cav. Ab. 5360 complessivamente. Scadenza 20 marzo

SARNO (*Salerno*). — 1ª condotta; L. 1200 aumentabili per i poveri (1350 circa in 368 famiglie); età limite 45 anni. Scad. 21 marzo.

TRAPANI. — *Ospizio marino ed ospedale dei bambini Riccardo Sieri-Pepoli.* A chiarimento dell'avviso di concorso per il direttore sanitario di questo Istituto, la presidenza dichiara che in esecuzione all'ultimo capoverso dell'art. 27 del reg. approvato col R. decreto 19 luglio 1906, n. 466, per l'esecuzione della legge 25 febbraio 1904, n. 57 sulla vigilanza igienica e assistenza sanitaria, non sarà applicabile la condizione del limite massimo di età, per i concorrenti che abbiano prestato o prestino servizio in altre Opere pubbliche di beneficenza, della stessa specie. Vedi fasc. 6. Scad. 31 mar.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena; L. 2700 e 3 sessenni. Scad. 12 marzo.

* TRIVIGNANO (*Udine*). — Condotta piena; lire 5200, in piano, vicinissima ad Udine (abitanti 2600). Scadenza fine marzo.

VERNASCA (*Piacenza*). — Condotta per Bacedesco e Nigole; L. 3000, esonero cav. Scad. 15 marzo.

** VIGNANELLO (*Roma*). — Condotta; L. 2250 pei poveri e L. 750 per la generalità. Età limite 40. Servizio ospedale con ambulatorio. Sostituzioni con l'altro sanitario nella licenza ordinaria (30 giorni) e piccola licenza (10 giorni) Scad. 31 marzo.

* VIMERCATE (*Milano*). — Condotta con Ruginello; assistenza Civico Ospedale locale; L. 3750, lorde e tre sessenni. Scad. 13 marzo.

ZERBOLÒ (*Pavia*). — Condotta piena per abitanti 2200 circa; L. 3260 e due sessenni, L. 100 quale uff. sanit., L. 50 indennità residenza malarica e L. 400 per mezzi di trasporto. Scadenza 31 marzo.

Ci si telegrafa da Borgomanero (Novara) in data 1° marzo corr.: « Il concorso consorzio Pella è prorogato al 15 corrente. Smentiscesi boicottaggio A. N. M. C. — *Presidente* Ponti ».

Dal Comune di AMATRICE (*Aquila*) cercansi due medici-chirurgi interini; L. 400 mensili nette ognuno, obbl. cav.; durata non inferiore 3 mesi; zona campagna servizio centrale promiscuo con altri sanitari; rimborso spese viaggio. Rivolgersi al sindaco.

Medico chirurgo 52enne con 26 anni di servizio in condotta, pratico ostetricia e malattie bambini, cerca interinato condotta vacante poco faticosa, possibilmente con stazione ferroviaria e annesso posto di medico di reparto. Dirigersi al dott. Bonelli, Malmantile (Firenze).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Sant'Agata Feltria, Piandicastello, San Costanzo, S. Lorenzo in Campo [per S. Vito sul Cesano], Fratterosa, Mondavio [per S. Andrea] (Urbino), Cheremule (Sassari), Nociglia [per San Cassiano] (Lecce), Recanati e Gualdo (Macerata), Albino, Rovetta-Piernaldelmonte-Onore-Sangervasio-Cenate (Bergamo), Fiuggi, Veiano e S. Martino al Cimino (Roma), Chiaverano (Torino), Camagna (Alessandria), Corino (Brescia), Solarolo (Ravenna).

Revoca di diffide: S. Daniele del Friuli e Trivigliano Udinese (Udine), Monghidoro (Bologna), Montemignaio e Ostignano Raggiolo (Arezzo).

La sezione di Voghera-Bobbio dell'A. N. M. C. sospende la diffida contro il concorso Ruino-Canevino-Rocca de' Giorgi, diventata superflua.

L'Associazione dei medici di Caltagirone impone ai soci di non partecipare al concorso per direttore del Dispensario celtico comunale sussidiato dallo Stato; propone il boicottaggio di esso all'Ordine provinciale dei medici ed all'A.N.M.C.; fa contro di esso ricorso al Ministero dell'interno.

ROMA. *Premi « II Congresso medico internazionale per gli infortuni sul lavoro ».* — Il Comitato esecutivo del II Congresso medico internazionale per gli infortuni sul lavoro istituì sul residuo attivo del Congresso, due premi di L. 1000.

Non essendo pervenuta alcuna memoria sul tema: « Adattamento funzionale degli arti traumatizzati e loro valutazione », il concorso viene rinnovato esclusivamente *per detto tema*, e con le seguenti norme.

Le memorie dovranno essere originali, redatte in lingua italiana o francese; stampate o scritte a macchina, e inviate in tre esemplari prima delle ore 12 del 31 gennaio 1914 all'Istituto di medicina legale della R. Università di Roma - Isola Tiberina. Ciascuna memoria dovrà essere contrassegnata da un motto. Il motto dovrà essere ripetuto su una busta chiusa e sigillata nella quale sarà, in un foglio di carta, indicato il nome e l'indirizzo del concorrente. La busta contenente il nome del vincitore verrà aperta pubblicamente. Le memorie saranno dopo l'aggiudicazione del premio restituite agli autori. Il premio sarà indivisibile.

N. B. Per qualsiasi spiegazione sul Concorso, rivolgersi all'Istituto di medicina legale della R. Università di Roma: Isola Tiberina.

Nomine, promozioni e onorificenze.

NAPOLI. — Il dott. Giliberti Edoardo è abilitato alla libera docenza in clinica pediatrica.

PALERMO. — Nel concorso per tre posti di assistente medico-chirurgo nell'ospedale sono riusciti vincitori i dottori Federico Girgenti, Antonio Sciortino e Giuseppe Masotto. Furono dichiarati inoltre eleggibili i dottori Speciale Giuseppe e Colombi Valentino.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Leotta Nicola in clinica chirurgica e medicina operatoria, Piazza Lorenzo in storia della medicina, Luisada Ezio in terapia fisica, Marchesi Giulio in patologia speciale medica.

SIENA. — Il dott. D'Alessandrio Vittorio è nominato assistente in anatomia patologica.

TORINO. — Il dott. Pinaroli Guido è abilitato alla libera docenza in oto-rino-laringoiatria.

TRIESTE. — Ai dottori Carlo D'Anna e Rodolfo Radl è riconociuto il diritto all'esercizio della pratica medica.

VENEZIA. — Il prof. Giuseppe Guicciardi della Clinica ostetrica di Novara è stato chiamato a dirigere l'Istituto ostetrico, al posto lasciato vacante dal prof. Paolo Negri, che ha chiesto ed ottenuto il riposo.

NOTIZIE DIVERSE

Il Prof. Baccelli alla Clinica Medica dell' Hôtel-Dieu.

Il *Paris médical*, num. 9, 1913, così scrive: « Il prof. Baccelli ha fatto alla Clinica Medica dell'Hôtel-Dieu l'onore di due visite. Nella prima, il 14 gennaio, ha seguito gli esercizii delle mattinate ordinarie: dopo la lezione di propedeutica, il prof. Gilbert ha fatto, come al solito, l'esame completo di un malato, e poi ha presentato all'illustre ospite i casi interessanti della Clinica. Il prof. Baccelli ha poi assistito alla lezione di chinesiterapia del dott. Durey. Una seconda volta, dopo otto giorni, il prof. Baccelli è tornato per assistere alla clinica del sabato. Il prof. Gilbert, entrando nell'anfiteatro Trousseau, ha indirizzato al clinico italiano parole di calorosa stima, alle quali si sono associati gli uditori con vivi applausi. Il Baccelli dopo essere stato per breve tempo professore di medicina legale, di patologia generale, tenne la cattedra di clinica medica all'Università di Roma. Sono noti i suoi lavori su i versamenti pleurici, sugli aneurismi, sulla malaria, sull'empiema, sulle iniezioni intravenose. Il Baccelli dirige il giornale di Roma « *Il Policlinico* ». I servizi che Baccelli ha reso al suo paese, come uomo politico, sono considerevoli: ha fatto la legge sulla bonifica della campagna romana, ha presieduto alla organizzazione degli studii: ha promosso i nuovi scavi del Foro Romano e di Pompei ».

Con lieto e grato animo riportiamo le parole con cui l'accreditato nostro confratello il « Paris Médical » *rende conto degli onori al nostro insigne Direttore. E insieme con il periodico ringraziamo di cuore i Clinici Francesi per le oneste accoglienze che fanno al Principe dei Clinici Italiani.*

La Russia in onore di Ramazzini.

Il prof. A. Pogogeff fondatore del Museo di sociologia presso l'Università di Mosca, in un'apposita adunanza della Società dei medici per gli operai dedicò una pregevolissima conferenza alla vita e all'opera di Bernardo Ramazzini e aprì la discussione intorno ai mezzi migliori per onorare la memoria del grande italiano, in occasione del 200° anniversario della di lui morte

Secondo il Pogogeff, la forma più efficace e tangibile per onorare il fondatore dell'igiene professionale, è quella di tenere a Mosca, nella primavera del 1914, la prima *Esposizione internazionale* in Russia, che abbia per oggetto l'*assicurazione degli operai e la difesa del lavoro*.

L'idea di detta Esposizione, della quale l'oratore fece anche grande propaganda all'estero, incontra pieno favore in Germania presso l'Ufficio imperiale di assicurazione per gli operai, e fra gli studiosi specialisti della Germania e dell'Austria.

I direttori dell'Ufficio tedesco promisero il loro concorso col patto che tutto il materiale e i dati che esporranno vengano esentati da tasse di dogana, intendendo essi lasciarli poi in regalo al Museo di Mosca.

Il prof. Pogogeff per realizzare il suo progetto ebbe già a presentarsi al direttore del Ministero russo d'industria e commercio, Litvinoff, che dette senz'altro la propria adesione e lo incaricò di presentargli un progetto dettagliato.

La Società moscovita dei medici di fabbrica accolse unanime l'iniziativa del prof. Pogogeff e si assunse il cómpito di preparare e organizzare tutto il piano della futura Esposizione, col diritto di aggregarsi elementi noti ed utili nel campo della scienza e dell'industria.

Pel IV Congresso internazionale di terapia fisica a Berlino.

Il Comitato Italiano di propaganda ha ottenuto per i congressisti, che si recheranno a Berlino dal 20 al 30 corrente, una riduzione dal 40 al 60 per cento sulle tariffe ordinarie delle ferrovie dello Stato.

Il tempo utile per inviare al segretario, professore Colombo, via Nazionale 102, Roma, l'adesione col titolo delle comunicazioni, è prorogato fino al 15 corrente.

Il Consiglio Superiore della pubblica istruzione

nella sessione straordinaria del 31 gennaio-5 febbraio 1913:

ha dato parere favorevole all'istituzione di un corso di perfezionamento in igiene presso la R. Università di Sassari;

ha dato parere favorevole per l'ammissione alla Facoltà medica dei laureandi in scienze naturali che abbiano la licenza dell'Istituto tecnico, Sezione fisico-matematica;

ha iniziato gli atti per la promozione ad ordinario dei seguenti professori straordinari stabili: De Sanctis Sante di psicologia sperimentale a Roma; Gatti Girolamo di patologia speciale chirurgica dimostrativa a Firenze;

ha dato parere favorevole per la nomina a professore straordinario di: De Lieto-Vollaro Agostino di clinica oculistica a Cagliari, Taddei Domenico di patologia speciale chirurgica dimostrativa a Cagliari;

ha dato parere favorevole a numerose libere docenze, di cui pubblicheremo le nomine man mano che verranno annunziate sul Bollettino ufficiale della P. I.

Corsi complementari bimestrali in igiene

si terranno a Firenze, Modena, Pavia, Padova, a partire rispettivamente dal 1° marzo, 1° aprile, 7 aprile, sotto la direzione dei professori: Roster, Sanfelice, Sormani, Maggiora.

Misure contro l'alcoolismo.

L'on. Rastelli aveva interrogato il Ministro dell'interno per sollecitare la revoca delle disposizioni che tendono a ridurre il numero degli spacci di vini e liquori, considerando che sono lesive del libero commercio, di applicazione difficile ed inefficaci.

Il sottosegretario di Stato on. Falcioni rispose appoggiandosi a dati statistici, dimostrando che il provvedimento è di una reale efficacia; e lo ritenne indispensabile ora che l'alcoolismo va diffondendosi nel nostro paese.

L'on. Rastelli replicò osservando che quella disposizione dà luogo ad abusi, come la vendita delle licenze e lo spaccio di bevande di cattivo qualità. Vorrebbe invece un disegno di legge contro l'alcoolismo. Esso, per altro, è stato già presentato.

Per l'esercizio dell'odontoiatria.

L'on. Luciani ha interrogato i ministri dell'Interno e della Pubblica Istruzione sull'opportunità di concedere una proroga per la presentazione delle domande e dei documenti diretti a conseguire l'abilitazione dei pratici non laureati all'esercizio dell'odontoiatria, in considerazione del fatto che molti interessati non hanno avuto notizia del provvedimento di favore preso a loro riguardo.

L'on. Vicini ha risposto che il Ministero della Pubblica Istruzione cercherà di agevolare in tutti i modi le domande dei pratici di odontoiatria.

Il regolamento d'igiene di Roma.

Sono stati presentati al Re due ricorsi contro alcune riforme portate nel 1909 e 1910 al regolamento d'igiene per la città di Roma. Un ricorso precedente, al Prefetto, prima che il regolamento fosse stato approvato, non aveva sortito alcun effetto.

I ricorsi sono dovuti a pubblici esercenti, i quali si credono danneggiati dalle disposizioni concernenti la cubatura degli ambienti di esercizio.

Croce Rossa.

Un Ospedale della Croce Rossa Italiana, partito da Venezia, giunse a Corfù l'8 u. s. e proseguì per Prevesa.

In occasione del passaggio della missione sanitaria italiana proveniente da Prevesa ebbe luogo all'Associazione italiana di Corfù un ricevimento, durante il quale gli italiani e i greci hanno fraternizzato.

Il console d'Italia ed il sindaco di Corfù pronunciarono discorsi.

Il sindaco di Corfù offrì una colazione al console d'Italia, al presidente dell'Associazione italiana ed ai medici italiani della Croce Rossa.

In un lungo articolo il *Mir* di Sofia elogia nel modo più vivo l'opera svolta dall'Ospedale della Croce Rossa Italiana al campo bulgaro.

La nave-ospedale « Regina d'Italia » ha imbarcato a San Giovanni di Medua ed e Durazzo 800 soldati e 200 ufficiali serbi ammalati e feriti

Era inviata dal Governo italiano. Ha proseguito per Salonicco.

Sulle alture di Scutari una sezione della Croce Rossa Italiana, comandata dal tenente Baldini, è stata bombardata dai turchi. Fu impossibile continuare il servizio di assistenza ai feriti ed ai malati, a causa del fuoco violento.

Il ministro d'Italia a Cettigne ha messo a disposizione della Croce Rossa i locali della scuola italiana per ricoverarvi i feriti.

Il Governo austriaco aveva offerto di mandare al Montenegro una squadra della Croce Rossa Austriaca; ma il Montenegro, ringraziando, ha rifiutato l'offerta, dichiarando che il paese dispone di mezzi sufficienti per la cura dei feriti.

Il presidente della Sezione romana della Croce Rossa, don Leopoldo Torlonia, ha raccolto, giorni or sono, i militi a Castel Sant'Angelo, per parteciparе loro l'encomio solenne fatto dal Re alla 64ª ambulanza, che più si distinse a Sciara-Sciat nella giornata del 23 ottobre.

Quell'ambulanza è così composta: dott. capitano Tuzzi, dott. tenente Carra, dott. tenente Bartolomei, ex-maresciallo Rosa, promosso per merito di guerra a sottotenente, e 14 militi.

Il presidente con un patriottico discorso rivolse ai benemeriti componenti la Croce Rossa vive congratulazioni per la santa missione da essi esercitata in quella giornata nefasta.

Le malattie dell'Africa.

Il prof. Ivo Bandi, docente d'igiene all'Università di Napoli, tenne in Roma una conferenza sul tema: « Spunti di patologia nordafricana. Ricordi di una escursione scientifica in Tunisia ». L'O. si fermò a lungo sulla bilharziosi e sulla peste bubbonica e polmonare, che ora infierisce in Egitto. Segnalò la necessità di energici ed immediati provvedimenti sanitari, perchè le dette malattie non trasmigrino nella Libia.

Parlò poi delle terribili febbri ricorrenti del Nord-Africa, che hanno somiglianza col tifo esantematico, pure colà esistente. Disse delle sue ricerche al riguardo, dalle quali è risultato che possono esservi individui, ignorati e pericolosissimi propagatori d'infezione.

Parlò del kala-azar infantile, che fa strage tra i bambini, malattia propagata dai cani, oggi riconosciuta anche tra noi, e che viene ad aggiungersi all'infinito catalogo dei morbi che minacciano la vita umana.

Accennò ad altre malattie locali, come il bottone di Gafka, e conchiuse, manifestando la certezza che tutti questi mali dovranno a poco a poco scomparire davanti alla marcia dell'igiene e della civiltà.

Alla conferenza erano presenti il comm. Messea, vice-direttore della sanità, in rappresentanza del comm. Lutrario, direttore generale, e il cav. Massone, ispettore presso la stessa Direzione di sanità.

Il prof. Bandi aveva già tenuta la stessa conferenza a Milano, e doveva ripeterla a Napoli, come una efficace e necessaria propaganda.

Conferenze varie.

Il dott. Oreste Sgambati ha tenuto al Collegio Romano, sotto gli auspici dell'Università Popolare, una conferenza sull'ultimo viaggio della nave-ospedale *Menfi* alla Libia per raccogliervi feriti e malati. La conferenza era illustrata da artistiche proiezioni.

Il prof. Angelo Signorelli sta facendo al Collegio Romano una serie di cinque conferenze sui « Modi di prevenire la tubercolosi ». Sono molto frequentate.

Il dott. Aldo Nobili ha tenuto a Chiavari una apprezzata conferenza sul tema « Il fine sociale dell'educazione fisica ».

Corso di educazione fisica.

A Firenze il prof. Jean Bandi di Berna, uno dei più illustri cultori di educazione fisica della Svizzera, aderendo ad un invito fattogli, tenne nella nuova palestra-modello della « Gymnasium » un corso comparativo di educazione fisica.

Propaganda igienica.

Per incarico della Deputazione Provinciale Pavese, la sezione di Voghera-Bobbio dell'A. N. M. C. ha tenuto sedici conferenze in vari Comuni; di esse nove concernevano la profilassi colerica, quattro l'allevamento del bambino, due i soccorsi di urgenza, una l'anchilostomiasi Il concorso del pubblico fu dovunque numeroso, e vivo l'interessamento alla parola del medico.

Stampa medica.

Lo « Sleeping-Sikness Bureau » ed il « Kala-azar Bulletin » si sono fusi nel « Tropical Disease Bulletin », edito dal « Tropical Disease Bureau » di Londra; esso conserva il formato dei due giornali precedenti e l'impostazione generale.

« L'Ospedale Maggiore » riprende le sue pubblicazioni. La direzione scientifica ne è affidata al dott. Boni, primario medico; la direzione amministrativa all'avv. Gaggi, segretario generale dell'Ospedale Maggiore.

Esce mensilmente.

Il primo numero riporta la cronaca dell'ospedale e fa posto ad interessanti lavori clinici. Si presenta in elegante veste tipografica.

Auguri.

Dieci anni di laurea (1904-1913).

Una Commissione di colleghi ha inviato ai laureati in medicina del 1903 nella R. Università di Roma una circolare d'invito per un banchetto da tenersi nell'aprile o nel maggio venturi. Coloro che non avessero ricevuto la circolare possono richiedere informazioni al segretario della commissione, dott. Armando Colangeli, piazza dell'Orologio, 3, Roma. A lui debbono indirizzarsi le quote d'adesione in lire dieci.

La questione ospedaliera a Torino.

Al Consiglio comunale di Torino è stata iscritta la proposta di lire 300,000 per completare la costruzione del terzo padiglione dell'Ospizio di carità. Contro tale stanziamento il preside della Facoltà medica dell'Università di Torino pubblicò un articolo sulla *Gazzetta del Popolo*, sostenendo che quel provvedimento sembra fatto piuttosto ad ostacolare la definitiva soluzione del problema ospedaliero. (*Vita San.*).

Ambulatorio destinato all'insegnamento clinico.

A Modena il direttore della Clinica medica universitaria prof. Giuseppe Zàgari ha fondato e dirige un « Policlinico », nel quale i poveri vengono esaminati e curati e si dànno loro medicinali gratuiti. — Il prof. Zàgari approfitta di questo materiale per l'insegnamento pratico agli studenti, che assistono e codiuvano il maestro con grande loro vantaggio in questa rivista d'infermi offerti dall'ambulatorio, ben diversi da quelli ricoverati nella clinica e praticamente non meno interessanti. L'ospedale fornisce il locale nuovo, comodo, arioso. E' questa una istituzione benefica che si aggiunge alle molte già esistenti in Modena e che fa onore alla Direzione Ospedaliera che la sorregge e al prof. Zàgari che l'ha ideata e tradotta in pratica e se ne giova per addestrare i giovani studenti all'esercizio della medicina.

Nuovo dispensario antitubercolare a Venezia.

In questi giorni si è aperto al pubblico il Dispensario antitubercolare istituito col lascito Marini Missana, e dal Comune affidato, per l'esercizio, alla Società Veneziana contro la tubercolosi. Scopo precipuo della nuova istituzione è quello di rintracciare il maggior numero di tubercolosi abitanti in città, e di attuare, colla conoscenza delle loro condizioni di vita, una razionale difesa dei sani contro il diffondersi del male. Lungi perciò dall'essere un Istituto di cura, il dispensario vuol essere un valido mezzo di profilassi antitubercolare, interessando i malati stessi coi consigli e con gli aiuti economici alla lotta contro la terribile malattia e facendo più razionalmente convergere a loro favore i mezzi di assistenza e di beneficenza che la città può offrire. Il dispensario trovasi in posizione aperta e spaziosa, a San Cristoforo, e funziona ottimamente. D.

Elargizioni.

Il signor Bruno Lido Guastalla, ad onorare la memoria del rimpianto fratello cav. uff. Gildo Guastalla, ha elargita al Sanatorio popolare pei tubercolotici « Umberto I », sorto in Prasomaso (Sondrio), la somma di lire 5000.

La Società Edison ha deliberato di assumersi pel corrente anno il pagamento della diaria per 365 giornate per ricovero dei suoi impiegati.

Il Consiglio dell'Opera Pia, riconoscente per tali generose disposizioni, pubblicamente ringrazia.

Un cospicuo lascito scomparso?

Il prof. Giovanni Giudice, libero docente di patologia generale all'Università di Torino, morto in questa città il 15 gennaio u. s., all'età di 73 anni, ha lasciato, morendo, quasi tutto il suo patrimonio all'Ospedale Cottolengo e vari legati a parenti, a opere pie, ai poveri di Livorno.

Si presume che il patrimonio del valente studioso ascendesse ad una somma ingente; ma avendo compiute le operazioni di accertamento, non si sono rinvenute che 73,000 lire.

Si hanno fondati sospetti per ritenere che molti valori siano stati sottratti. E' in corso un procedimento giudiziario al riguardo.

L'ospedale italiano di Costantinopoli circondato dalle fiamme.

Durante l'incendio scoppiato il 9 gennaio presso Pera, l'ospedale italiano fu l'edificio europeo più seriamente minacciato.

Le monache che fanno servizio d'assistenza hanno visto gl'incendiari appiccare il fuoco in diversi punti del quartiere Top Have.

L'ospedale stava per subire la triste sorte delle vicine case; fortunatamente furono pronti gli aiuti. Un drappello di marinai italiani con le pompe a mano raggiunse l'ospedale; altri drappelli sopraggiunsero, pronti per il trasporto degli infermi qualora si fosse reso necessario.

Società per l'incremento degli studi clinici in America.

Si è costituita a Nuova York City. Esplicherà la propria azione mediante un ufficio dal quale i medici possono assumere informazioni sui corsi clinici universitari e post-universitari, sulle facilitazioni offerte dagli ospedali e dai laboratori ai medici che intendessero di frequentarli a scopo di perfezionamento, sulle adunanze, conferenze, dimostrazioni, ecc. Verrà pubblicato un bollettino mensile. L'ufficio ha sede presso l'« Academy of Medicine », 19, West Forty-third-street; un impiegato vi risiederà tutti i giorni dalle ore 9 alle 18, per fornire ed attingere informazioni.

Associazione internazionale di perfezionamento scientifico e medico.

L'assemblea generale pubblica annua dell'Associazione avrà luogo alla fine di maggio prossimo, a Parigi, sotto la presidenza di Aristide Briand, presidente del Consiglio dei ministri e ministro dell'interno.

Le medaglie d'onore dell'Associazione saranno rimesse a S. M. la Regina dei Belgi (medaglia del Bene sociale), al prof. Armand Gautier (medaglia del Valore scientifico) e al prof. Ehlers di Copenaghen (medaglia dell'Associazione).

Una Università in Amburgo.

Il successo riportato da Francoforte nell'assicurare la fondazione di una nuova e grandiosa Università ha stimolato l'ambizione dei più cospicui cittadini di Amburgo, i quali sono riusciti a far approvare dal senato cittadino la fondazione di un'altra Università.

Questa sarà costituita temporaneamente da tre sole Facoltà: legale, filosofica (comprendente le scienze fisiche, chimiche, naturali e morali) e dei commerci coloniali. L'esclusione della facoltà medica viene vivamente avversata dalla maggioranza dei medici di Amburgo; ma d'altro canto i più reputati consulenti si dichiarano soddisfatti della decisione adottata, probabilmente perchè un'accolta di professori ridurrebbe la loro clientela.

Gli studenti stranieri di medicina in Germania.

In Germania si manifesta una viva agitazione degli studenti tedeschi di medicina contro quelli stranieri. In una adunanza tenuta a Berlino vennero chieste alcune misure restrittive, le quali equivarrebbero all'esclusione di questi ultimi (raddoppiamento delle tasse; esclusione nelle cliniche, dai posti ai quali ambissero studenti tedeschi; ecc.).

Gli studenti della facoltà medica di Halle sono giunti ad attuare lo sciopero generale! Questo è cessato in seguito alla deliberazione, adottata dalla Facoltà, che gli studenti stranieri non verranno ammessi nelle cliniche se prima non avranno sorpassato un esame preliminare (*tentamen physicum*) o non siano provveduti di un certificato comprovante di avere subito con successo un esame equivalente. È probabile che la stessa misura verrà adottata in altre università della Germania.

Soprastanza della Camera dei medici di Trieste.

Nella riunione tenuta il 5 febbraio per la ricostituzione di detta Camera, essa riuscì composta come segue: presidente, dott. Massimiliano Brunner; vice-presidente, dott. Guglielmo de Pastrovich; membri effettivi della Soprastanza: dottore Giulio Grandi, segretario, dott. Cesare Sapunzachi, cassiere, dott. Arturo Castiglioni; membri sostituti della Soprastanza: dott. Guido Nigris, dott. Emilio Comisso; delegato al Consiglio sanitario provinciale, dott. Massimiliano Brunner; delegato sostituto, dott. Giuseppe Manzutto; membri effettivi della Camera: dott. Antonio Iellersitz, dott. Giuseppe Manzutto, dott. Gabriele Lauro, dott. Giuseppe Stella.

Concorso a medici provinciali.

Il 20 novembre u. s. il Ministero degli interni indiceva un concorso per merito distinto a sei posti di medico provinciale di quarta classe e medico di porto di prima classe.

Le prove scritte e pratiche dell'esame hanno avuto principio il 3 marzo corrente.

La Commissione giudicatrice è così composta: Calisse dott. Carlo, consigliere di Stato, presidente; Maggiora prof. Arnaldo, membro del Consiglio superiore della Sanità; Lutrario comm. Alberto, direttore generale della Sanità pubblica; Di Mattei Eugenio, direttore dell'Istituto d'igiene nell'Università di Catania; Ascoli prof. Vittorio, direttore dell'Istituto di patologia speciale medica nell'Università di Pavia.

Per un concorso.

L'on. Visocchi ha presentato alla Presidenza della Camera la seguente interrogazione:

« Chiedo d'interrogare il Ministro dell'interno per sapere con quali mezzi urgenti ed efficaci intenda por termine al rattristante spettacolo, che offre il concorso a coadiutore d'ostetricia negli Ospedali Riuniti di Napoli; concorso, che dopo varie e strane vicende si trascina da ben 10 anni e non accenna a definirsi, quantunque le prove di esame siano da tempo espletate ».

Tragico fatto in un manicomio.

Or non è molto, una suora, infermiera nel manicomio provinciale di Siena, è rimasta vittima dell'accesso di pazzia di un infermo che essa curava: colpita al petto da un pugno del forsennato, l'infelice spirava dopo poche ore di dolorosa agonia. Alla vittima del dovere un commosso saluto.

Il commercio dei narcotici a Parigi.

In seguito a vari accidenti sopraggiunti a Parigi verso la fine dello scorso anno ad individui appartenenti alla categoria di coloro che abusano dell'oppio, della morfina e della cocaina, l'autorità giudiziaria incaricò l'autorità di polizia d'indagare. Dopo lunghe ricerche si potè scoprire che vi era tutta un'organizzazione per tale commercio abusivo. Si è proceduto a vari arresti, tra cui quello di uno studente di farmacia che si suppone procurasse agli altri i narcotici.

In Palermo a 62 anni spegnevasi fulmineamente, per un'emorragia cerebrale, il dott. **Mariano Menzalora**, medico apprezzato, devoto al proprio dovere.

Rassegna della stampa medica.

« Arch. It. di Ginec. », 31 ott. Spinelli. Sul trattamento delle ferite del peritoneo. — Lastaria. La necessità del drenaggio in chirurgia addominale.

« Giorn. di Med. Mil. », 31 ott. De Sarlo. L'azione vulnerante del fucile italiano di piccolo calibro nei colpi a bruciapelo. — Beccheria. Sul trattamento delle fratture dell'olecrano

« Rev. Méd. de la Suisse Rom. », 20 nov. Carrière e Tomarkin. Le relazioni etiologiche del vaiolo e del vaccino.

« La Ginecol. Mod. », VIII. Lampugnani. Ostoemalacia: patologia e clinica. — Allaria. Di un fenomeno paradosso della statura durante la pubertà.

« L'Idrologia ecc. », sett. Accorimboni. La cura mineralizzatrice calcica e l'acqua di Sangemini. — Capezzuoli. L'acqua di mare in terapia.

« Il Tommasi », 20 nov. Siccardi. L'urobilinuria da applicazioni idriatiche fredde ed il suo significato. — Splendore. Leishmaniosi con localizzazione sulle cavità mucose.

« Riv. Osped. », 15 nov. Numero monografico dedicato alle malattie nervose.

« Rev. del Circ. Méd. Argentino », ott. Calandrelli. La dispepsia. — Jorge. Sulle fratture dell'avambraccio.

« Gazz. Med. It. », 21 nov. Gennari. Casi di tubercolosi polmonare curati col pneumotorace artificiale.

« Wien. Klin. Woch. », 21 nov. Van Stockum. L'azione terapeutica della milza trattata coi raggi X nella tubercolosi. — Rass e Wiechowski. Il contenuto purinico del sangue. — Bossi. Le psicopatie riflesse. Replica di v. Jauregg.

« Deut. Med. Woch. », 21 nov. Pels-Leusden. Anti- ed a- sepsi. — Dyrenfurth. Sul morbo di Basedow traumatico. — Quagliarello e Medina. Sull'acidità urinaria in alcune malattie.

« Zbl. f. inn. Med. », 23 nov. Gross. Rivista di patologia e generale di anatomia patologica.

« Gaz. d. Hôp. », 21 nov. Courtois-Suffit. Igiene e tossicologia clinica della fabbricazione di polveri ed esplosivi.

« Le Progrès Méd. », 23 nov. Achard e Flandin. Sul veleno dello *shock* anafilattico.

« Brit Med. Journ. », 23 nov. Cruickshank. Sulla febbre da morso di ratti. — Fraser. Sulla differenziazione dei bacilli tubercolari umani e bovini.

« Ann. di Clin. Med. », 20 nov. Izar. Studi sulla lipolisi.- Guardione. Patologia dei sommaccai. — Maggiore. L'infezione tubercolare nei lattanti. — Arnow. Alterazioni del sangue nella infezione tifoidea. — Ceraulo. Il ricambio dell'azoto nella tubercolosi polmonare.

« La Rif. Med. », 23 nov. Lucibelli. L'azione dello iodio sul sistema vasale.

« Gazz. d. Osp. », 24 nov. Giuliano. Ernia tubarica congenita.

« Berl. Klin. Woch. », 25 nov. Stern. Sulla terapia ipofisaria. — Novak e Porges. Sull'acetonuria. — Lazarus. La terapia con *actinium X*.

« La Presse Méd. », 23 nov. Tuffier e Mauté. Gli accidenti della menopausa artificiale.

« Mediz. Klinik », 24 nov. Hochhaus. Sul tifo addominale. — Cassiers. Il compito del sistema nervoso vegetativo nella patologia delle neurosi vasomotorio-trofiche.

« Paris Méd. », 23 nov. Cacodias. Le vere e le false dispepsie gastriche. — Combe. Esiste la dispepsia albuminosa nel lattante?

« La Prov. Méd. », 23 nov. Gross e Jacquot. Spina ventosa costale (costa ventosa). — Chaté. Elefantiasi tubercolare.

« Medic. Record. », 23 nov. Willams. Stato vermoluto: una forma di degenerazione corticale senile. — Jacobson. Genio letterario e demenza maniaco-depressiva.

« The Journal A. M. A. », 23 nov. Numero dedicato all'anestesia.

« Pensiero Med. », 24 nov Della Torre. Su l'amputazione della mammella col processo Tansini.

« Münch. Med. Woch. », 26 nov. Weidenreich. Il timo negli adulti quale organo di formazione di leucociti. — Schridde. La diagnosi dello *status thymo-lymphaticus*. — Emmerich. Sulla cura del colera asiatico. — Schaal. *Enterospasmus verminosus*.

« Bull. de l'Ac. de Méd. », 26 nov. Le Dentu. Tabe e fratture della rotula; emicerchiaggio bilaterale.

« La Clin. Med. It. », nov. Rossi. Setticemia da tetrageno e sindrome emorragica. — Morelli. Sulla terapia della polmonite diplococcica. — Roasenda. Disturbi di sensibilità in caso di sezione netta del midollo spinale.

« La Presse Méd. », 27 nov. Vaquez e Cottet. Valore semeiologico del ritmo d'eliminazione urinaria dell'acqua e dei cloruri.

« Arch. di Sc. Osped. », IV. Pietravalle. La questione ospedaliera in Italia: piano della riforma.

« Zbl. f. inn. Med. », 30 nov. Bachem. Rivista generale di farmacologia.

« Wien. Klin. Woch. », 28 nov. Frankl. Per l'operazione precoce del cancro uterino.

« Zbl f. Chir. », 30 nov. Berndt. Riparazione di difetti del cranio e della dura madre. — Narath. Sull'operazione del rene migrante.

« Gaz. d. Hôp. », 28 nov. Crémieu e Lacassagne. Le complicazioni articolari della rosolia.

« Deut. Med. Woch. », 28 nov. Jungmann. Sulla cura della psoriasi. — Abderhalden. Ricambio materiale e sistema nervoso.

« Gazz. Med. It. », 28 nov. Forlanini. Il meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale nella tisi polmonare.

« Riv. crit. di Clin. Med. », 30 nov. Feldmann. L'albuminuria alimentare.

« Brit. Med. Journ. », 30 nov. Relazione del Comitato sul trattamento delle fratture semplici. — Bastian. Le origini della vita.

« Revue Clin. d'Urol. », nov. Thévenot. I calcoli vescicali dopo la prostatectomia. — Melnikoff. Sostituzione dell'uretra con un'ansa di tenue.

« La Rif. Med. », 30 nov. Jappelli. Sull'azione del bromo-ione sul ricambio purinico. — Barile. Sulla tecnica degli impianti nervosi.

« La Prov. Méd. », 30 nov. Andry. Su di un piccolo segno precoce della meningite sifilitica basilare-spinale.

« La Presse Méd. », 30 nov. Gilbert, Chabrol e Bénard. Sulla patogenesi dell'emoglobinuria parossistica. — Radulescu e Atanassiu. Il valore diagnostico e prognostico del dolore cistico nella febbre tifoide.

« The Lancet », 30 nov. Allbutt. Le relazioni tra la pleurite e la tubercolosi. — Mercier. L'ebrezza alcoolica. — Wilson. Cisti dell'appendice vermiforme.

« Paris Méd. », 30 nov. Numero consacrato alla medicina professionale ed agli accidenti sul lavoro.

« Bull. de l'Inst. Pasteur », 30 nov. Weinberg. Le tossine « verminose ».

« St. Pet. Med. Woch. », 28 nov. London e Wersilowa. Sulla dottrina del riassorbimento dei grassi e dei lipoidi. — Pander. Sulla biologia degli elementi formati del sangue. — Hinze. Sulla cura della blenorrea acuta. — Holbeck Salsomaggiore.

« Ann. di Ostetr. e Ginec. », 30 nov. Gentili. Sulla resistenza del cordone ombellicale e sul così detto parto precipitoso. — Decio. Sul trapianto dei corpi di Wolff.

« Proc. of the R. Soc. of Med. », nov. Morton. L'artrite. — Hamer. L'influenza della migrazione sulla mortalità per tisi. — Tooth. Lo sviluppo dei tumori intracranici e il periodo di sopravvivenza. — Dixon. L'azione selettiva dei farmaci sulle terminazioni nervose. — Shattock. La struttura microscopica dei calcoli uratici. — Gossage. Coartazione dell'aorta — Adamson. Sarcoidi (tubercolidi) ipodermici di Darier e Rousny.

« La Policlinique », 1 dic. Pechère. Il *rhodium* colloidale nella terapia infantile.

« Rev. Neurol. », 30 nov. Thabius. Studio fisico-chimico del liquido cefalo-rachidiano nella paralisi generale. — Horand. Alterazione del ganglio di Gasser in un caso di nevralgia ribelle del trigemino. — Souques. Il fenomeno delle dita.

« The Boston M. a. S. Journal », 28 nov. Balboni. Cura della tubercolosi polmonare col metodo Forlanini.

« The Journal A. M. A. », 30 nov. Coleman. L'arteriosclerosi. — Southworth. Il raffreddore del lattante.

« Arch. d. Sc. Biol. », III. Griniew. Sulla fisiologia degl'idrati di carbonio nell'organismo. — Klimenko. Esame batteriologico del sangue di scarlattinosi. — Kovaliova. Influenza delle preparazioni fosforate sulle ossidazioni. — Pirone. I corpuscoli di Negri nella rabbia.

« Il Tommasi », 30 nov. Ascoli V. La febbre dal punto di vista clinico. — Siccardi L'urobilinuria da applicazioni idratiche fredde ed il suo significato.

« Arch. gén. de Méd. », nov. Letulle. La denunzia obbligatoria della tubercolosi.

« Arch. d. Mal. de l'App. Dig. ecc. », nov. Richet. Le appendiciti ematogene e l'eliminazione microbica dell'appendice. — Matignon. Perturbamento dell'equilibrio intestinale da eccitazioni genesiche nella donna. — Mayel e Devic. Pseudosifilide cerebrale da metastasi di cancro gastrico latente.

« Giorn. Intern. d. Sc. Med. », 30 nov. Berti. Xeroderma pigmentoso e granuloma peduncolato.

« Gazz. d. Osp. », 1 dic. Bizzarri. Le setticemie secondarie nella convalescenza dell'ileo-tifo.

« Mediz. Klinik », 1 dic. V. Jaksch. Adiposità cerebrale e cerebro-genitale. — Schultze. Le malattie sifilogene del sistema nervoso centrale. — Singer. « Torpor recti: dischezia ». — Jungmann. Come non si deve trattare il lupus. — Frankl-Hochwart. L'influenza delle secrezioni interne sulla psiche.

« Ann. di Ostetr. e Ginecol. », 12. Mangiagalli. Sulla peritonite tubercolare a forma ascitica in gravidanza. — Messa. Sulle trasformazioni regressive (degenerazioni benigne) dei fibromiomi dell'utero. — Basso. L'appendice vermiforme negli stati fisiologici e patologici degli organi genitali femminili. — Pampanini. Il plasma sanguigno in gravidanza.

« La Presse Méd. », 4 genn. Mahu. Il trattamento moderno dell'ozena. — Vaquié. Il trattamento chirurgico delle varici delle gambe.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 16 marzo 1913 Fasc. 11

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sull'anacloridria nelle affezioni epatiche

per il dott. PUGLISI ALLEGRA STEFANO,
aiuto e libero docente.

Ho riferito alla 19ª adunanza della Società italiana di chirurgia sulla frequenza notevole dell'anacloridria nelle affezioni epatiche ed ho cercato di dimostrare con esperienze sugli animali che il disordine del chimismo gastrico stava in rapporto con le alterazioni organiche e funzionali del fegato.

Giudicai dover tener presente il fatto in clinica perchè in alcuni casi di litiasi biliare esiste dispepsia ostinata, dimagramento notevole; in questi casi pur tenendo conto che l'anacloridria non è patognomonica del cancro dello stomaco, è possibile incorrere in errori diagnostici, specialmente quando esiste una tumefazione al di sotto della arcata costale data dalla cistifellea.

Il Maragliano, come contributo alle mie ricerche riferì di aver riscontrato sette volte in ammalati di fegato, in cui una lesione gastrica, per sè stessa dovevasi escludere, anacloridria.

Nel 1907 al 3° Congresso medico siciliano mi fu possibile confermare la mia osservazione su maggiore materiale clinico e su una serie di esperienze più larga.

Al 29° Congresso tedesco di medicina tenutosi nell' aprile scorso a Wiesbaden l'Hohlweg ha comunicato alcune sue osservazioni intorno ad un fenomeno speciale che si osserva in alcune malattie della cistifellea. Esaminando il chimismo gastrico nelle affezioni della vescicola biliare, ha trovato che su 45 casi, in 38 si aveva mancanza di acido cloridrico, in 6 quantità inferiore alla norma ed in un solo quantità normale. Anche sperimentalmente, ha trovato che asportando ai cani la cistifellea si aveva nello stomaco mancanza di acido cloridrico.

A spiegare tali fatti l' autore fa osservare come la cistifellea fisiologicamente serve da serbatoio e concentrazione della bile.

La bile della cistifellea, contiene infatti dal 6 al 10 % in più di materie solide che la bile epatica. Tolta la cistifellea lo scolo diretto e continuo della bile nel duodeno deve influire sul chimismo dello stomaco. L'Hohlweg non ha tenuto conto del mio lavoro, dei miei risultati molto più lati dei suoi, avendo io riscontrato l'anacloridria in molteplici affezioni del fegato, nè della spiegazione che a loro ho dato al fenomeno, spiegazione che forse meglio corrisponde al vero. Infatti premettevo che l'anacloridria riguardata dopo le ricerche di Velden per un periodo di tempo come un sintomo quasi patognomonico del cancro dello stomaco, si è constatata in seguito in altre malattie gastriche come in gravi forme di gastrite interstiziale, in certe dispepsie dei nevrastenici e in una malattia ben studiata da Einhorn sotto il nome di achilia gastrica e in malattie inducenti gravi disordini nel ricambio materiale dell' organismo, gravi malattie del sangue, cachessia generale, nefrite interstiziale cronica. In questa categoria si è voluto da alcuni classificare l'acloridria secondaria a carcinoma gastrico. Però l'anacloridria nel cancro dello stomaco è un sintoma che si presenta precocemente, prima che si abbiano altri sintomi da poter porre con certezza la diagnosi e quando lo stato generale dell'infermo è ancora buono. Quindi non è possibile mettere come vuole il Von Noorden, il disturbo secretivo in dipendenza dei disturbi di nutrizione, dell'anemia e della cachessia dei soggetti affetti da cancro dello stomaco, nè attribuirlo come crede il Rosenheim ad atrofia della mucosa gastrica. Tale atrofia in maniera spiccata riscontrasi solo nell'ultimo periodo del carcinoma gastrico e non potrebbe spiegare l'anacloridria del cancro dello stomaco fin dall'inizio della malattia. Contro sta poi l' osservazione dello stesso Rosenheim e Bourget della ricomparsa dell'acido cloridrico libero in due casi di cancro dello stomaco immediatamente dopo l'ablazione della neoformazione. Il Bamberger ritiene che nel succo gastrico del carcinomatoso si trovano corpi basici che fissano l'acido cloridrico libero, le basi aminiche; però non ne dà la dimostrazione.

Il Velden pensa che si possa avere una neutralizzazione dell' acido cloridrico libero ad opera di eventuali prodotti del cancro stesso Se però consideriamo che esiste una forma primaria di anacloridria indipendente da lesione organica apprezzabile, la quale pare bisogna mettere in conto di disordini depressivi dell'innervazione secretrice dello stomaco, disordini che fanno contrasto con quelli di eccitazione che si hanno nell'ipercloridria, perchè non pensare che i prodotti tossici del cancro agendo in un primo momento sui nervi propri dello stomaco, nervi secretivi e nervi destinati alla motilità delle pareti, producano un perturbamento secretivo delle glandole e motorio delle pareti? Infatti molto spesso al disturbo secretivo nel carcinoma gastrico si accompagna deficienza della motilità, anche quando non esista stenosi pilorica neoplastica.

Uguale patogenesi ho creduto e credo potere invocare per l'anacloridria che si manifesta secondariamente ad alterazioni anatomiche o funzionali del fegato. L'alterata funzionalità di una glandola che tanta importanza ha nell'economia animale, il difetto più o meno accentuato della sua secrezione interna, il diminuito potere antitossico e quindi la messa in circolo di veleni di origine enterogena per la soppressione del circolo entero-epatico della bile, esercitano la loro influenza sulla innervazione gastrica, quindi il disturbo di secrezione, l'anacloridria.

Rimando al mio precedente lavoro il lettore per le osservazioni cliniche che mi hanno permesso di stabilire la costanza del reperto. Si trattava di 15 casi di calcolosi delle vie biliari, 13 della cistifellea, 2 del coledoco, le cui diagnosi furono quasi tutte confortate dalla constatazione anatomica all'atto operativo, di due casi di cisti da echinococco, di due di

ascesso ed uno di sifiloma del fegato. Non sarei tornato più sull'argomento se non ne fossi stato spinto. Adesso credo di non dover tacere che la mia osservazione semiologica ha avuto in prosieguo sempre la conferma. Esporrò perciò brevemente gli altri casi clinici di malattie del fegato e delle vie biliari, nelle quali ho sempre riscontrato il disturbo della secrezione gastrica.

OSSERVAZIONE 1ª. — Colecistite calcolosa; colecistectomia; guarigione.

T... C..., di anni 32, maritata, 7 gravidanze a termine, un nato morto, due bambini morti in tenera età.

Accesso dolorifico intenso nella regione epatica con irradiazione al dorso quattro mesi fa, un mese dopo l'ultimo parto, senza itterizia, senza febbre; ripetutosi parecchie volte, per quanto mitigato da una cura igienico-medicamentosa.

Colorito normale, fegato di volume normale, nella regione della cistifellea la palpazione suscita dolore e rileva una maggiore resistenza per la presenza di un corpo rotondeggiante quanto il maggiore polo di un uovo. L'esame del chimismo gastrico dà anacloridria.

Nell'urina presenza di pigmenti biliari all'esame chimico.

Colecistectomia (19 febbraio 1908). (D'Urso); narcosi morfino-cloroformica; incisione verticale paramediana; cistifellea aderente col grande epiploon, col duodeno; isolamento della cistifellea dal fondo verso il collo; sutura del cistico nel punto reciso; ispezione del coledoco, striscia di garza iodoformica, che si ritira in 6ª giornata; guarigione senza fistola biliare. Le grosse vie biliari erano normali.

La cistifellea è piccola, a pareti ispessite, contiene bile e un piccolo calcolo di gm. 0.15.

L'inferma consecutivamente si è lagnata di disturbi rispondenti alla sindrome data da aderenze paracolecistiche.

OSSERVAZIONE 2ª. — Empiema della cistifellea da calcolosi; colecistectomia; guarigione.

V... G..., contadina, di anni 53, maritata, una sola gravidanza a termine, in menopausa da 5 anni.

Da 6 mesi accessi dolorifici, intensi, frequenti, nell'ipocondrio destro, con irradiazioni alla spalla, senza itterizia, senza febbre.

Aia di ottusità epatica di estensione normale, nella regione della cistifellea un tumoretto quanto un piccolo limone a superficie uniforme, teso, dolente alla palpazione, che si continua col fegato. Rene destro mobile. Esiste anacloridria.

Colecistectomia (2 giugno 1908). (D'Urso): rachistovainizzazione (anestesia incompleta, si somministra cloroformio 10 cmc. in tutto), laparotomia verticale paramediana, cistifellea aderente al grande epiploon, isolamento della cistifellea dal fondo al collo un po' indaginoso (è necessario svuotare l'organo del suo contenuto che è di aspetto puriforme con alcuni calcoli), laccio di catgut sul cistico, ispezione del coledoco, striscia di garza iodoformica attraverso la ferita laparotomica, che si ritira in 7ª giornata; fuoriuscita di bile per qualche giorno: guarigione senza fistola biliare.

Cistifellea grossa, a pareti ispessite, fibrose; mucosa iperemica, succulenta: le culture aerobiche del contenuto rimangono sterili.

Sei calcoli, in parte faccettati, il più grosso del volume di una piccola noce: peso totale gm. 15.

OSSERVAZIONE 3ª. — Colecistite con infezione delle vie biliari; colecistostomia; guarigione.

L... C... C..., di anni 45, maritata, una sola gravidanza seguìta da aborto.

Un anno e mezzo fa dolore intenso nella regione epatica e itterizia. Dieci mesi fa identico attacco con itterizia e febbre ripetutosi dopo quattro mesi. In questi ultimi tre mesi otto accessi febbrili preceduti da brivido, con dolore nella regione epatica e vomito, e passeggiero aumento dell'aia di ottusità del fegato. Il fegato deborda per tre dita trasverse dall'arcata costale; si sente chiaramente e si segue il suo bordo tagliente nella regione della cistifellea; aumentata la resistenza e dolorabilità alla palpazione; non si percepisce tumefazione della cistifellea. Non vi è itterizia. Temperatura 38°.2 48 ore prima dell'operazione, 37° la sera avanti. L'esame del chimismo gastrico dà anacloridria.

Operazione (13 giugno 1908). (D'Urso): narcosi morfino cloroformica. Taglio laparotomico verticale paramediano; cistifellea piccola, nascosta sotto il fegato; non si sentono alla palpazione calcoli nè nella cistifellea, nè nei grossi dotti biliari esplorabili; nessuna lesione apprezzabile nel pancreas; inciso il fondo della cistifellea fuoriesce bile con sabbia biliare; colecistostomia in parte con sutura, in parte con zaffo di garza. Le culture aerobiche del liquido colecistico hanno dato sviluppo a un bacillo che ha i caratteri del *bacterium coli*.

Dopo un mese la bile limpida venendo quasi completamente fuori dalla fistola (scoloramento delle feci) essendo limpida (apiressia) e lo stato delle forze essendo alquanto depresso, si zaffa il tragitto fistoloso con garza.

Febbre e dolenzia della regione epatica: si ristabilisce allora la libera fuoriuscita della bile; apiressia. Dopo due settimane, gradatamente, si chiude la fistola biliare senza insorgenza di febbre, con miglioramento delle condizioni generali. Viene congedata guarita in 53ª giornata in ottime condizioni generali.

OSSERVAZIONE 4ª. — Colecistite calcolosa; colecistectomia; guarigione.

G... P..., di anni 48, maritata; undici gravidanze e tre aborti; amenorroica da due mesi.
Itterizia di breve durata a 10 anni; a 19 infezione gastro-intestinale di tre mesi di durata.
Cinque anni fa dolore acutissimo, improvviso, all'epigastrio con irradiazione alla spalla destra e vomito. Tumore quanto una piccola arancia nella regione ipocondriaca destra, intenso prurito cutaneo, con evidente itterizia. L'accesso si è ripetuto quattro volte, l'ultimo due mesi fa.
Fegato non ingrandito; cistifellea quanto un piccolo limone; non vi è itterizia, nè febbre. Esiste anacloridria.
Colecistectomia (22 giugno 1908). (D'Urso). Narcosi morfino-cloroformica; laparotomia longitudinale paramediana: cistifellea grossa con aderenze al grande epiploon, al piloro: isolamento dell'organo dal fondo verso il collo, previo svuotamento dell'organo; laccio di catgut attorno al cistico; ispezione del coledoco, striscia di garza iodoformica che fuoriesce attraverso la incisione laparotomica. Decorso apirettico; guarigione senza fistola biliare; l'inferma è congedata guarita in 20ª giornata.
Cistifellea molto ingrandita, a pareti assai spesse, fibrose; conteneva bile limpida verso il fondo e torbida verso il collo e quattro calcoli del peso totale di gm. 5.60.
Le culture aerobiche praticate con il contenuto della colecisti sono rimaste sterili; guarigione.

OSSERVAZIONE 5ª. — Calcolosi della cistifellea (personale).
R... N..., di anni 43, operaio. Anamnesi remota negativa. Sofferente da oltre due anni. Cistifellea ingrossata e dolente. Anacloridria.
10 maggio 1910. Rachianestesia. Colecistectomia. La cistifellea molto ingrandita ed idropica contiene 14 calcoli faccettati del peso di gm. 7.20. Decorso postoperatorio regolare. Guarigione.

OSSERVAZIONE 6ª. — Calcolosi della cistifellea (personale).
R... S..., di anni 45, donna di casa. Un anno fa ebbe il primo attacco di colica epatica, accompagnatasi a febbre, ma non itterizia. Dopo sei mesi il secondo attacco molto intenso, per cui fu costretta a stare a letto parecchi giorni. Recentemente in tre mesi due attacchi violenti.
Esiste leggero ingrandimento del fegato e sotto l'arcata costale si palpa un tumore piriforme dato dalla cistifellea. Anacloridria. Esame generale negativo.
Esame del sangue. — Globuli rossi 3,800,000, bianchi 9000. Emoglobina al Fleisch 65. Formula leucocitaria 1 : 3.
20 settembre 1911 — Rachianestesia. Notevoli fatti di pericolicistite in modo che difficile è l'isolamento della cistifellea, la quale presentasi molto ispessita, ingrossata. Normali le vie biliari. Colecistectomia. Nella cistifellea che si è costretti aprire prima di asportare per rendere più agevole l'isolamento, si riscontra liquido mucoso tendente al purulento e la presenza di tre calcoli, dei quali uno quanto una noce avellana.
Si lascia lo zaffo di garza iodoformica. Decorso postoperativo regolare. Guarigione.

OSSERVAZIONE 7ª. — A... L..., di anni 22 (personale). Da un anno dolore all'ipocondrio destro a carattere accessionale. Da circa tre mesi si è accorta di una tumefazione all'ipocondrio destro, non molto voluminosa ed indolente che in alto si sperde sotto l'arcata costale e che all'interno si estende un po' nella regione epigastrica. Il tumore fa corpo col fegato, il quale è notevolmente ingrandito raggiungendo in basso l'ombelicale traversa fino alla linea mediana, mentre in alto la ottusità assoluta arriva al 5° spazio intercostale. Il tumore di forma globosa, sporge come una mezza arancia sulla faccia anteriore del fegato in vicinanza del suo margine inferiore e si sposta insieme al fegato cogli atti respiratori. La consistenza è molle elastica nel punto più sporgente, ma non si percepisce una vera fluttuazione, nè si riesce a suscitare il fremito idatideo. Negativo l'esame generale, normali le urine, non esiste leucocitosi nè polinucleosi. Aumentati gli eosinofili. Coll'esame del chimismo gastrico riscontrasi anacloridria. Si fa diagnosi di cisti da echinococco del fegato.
14 marzo 1911. Narcosi morfino-cloroformica, La diagnosi clinica viene confermata all'atto operativo. Decorso regolare, guarigione.

OSSERVAZIONE 8ª. — Sifiloma del fegato.
R... S..., di anni 43, impiegato. Ha contratto la lue 8 anni fa. Da tre mesi si è accorto di aumento graduale di volume dell'addome, in corrispondenza dell'ipocondrio destro. Soffre di dolore gravativo all'epigastrio, dispepsia e lieve febbre.
Esiste ingrandimento *in toto* dell'area epatica ed una tumefazione di tutto il lobo destro del fegato di consistenza dura, superficie leggermente irregolare. L'esame del chimismo gastrico dà anacloridria. Si consiglia la cura specifica iodo mercuriale con rapido giovamento.

OSSERVAZIONE 9ª. — Calcolosi delle vie biliari (non operata).
N... B... di anni 5?, contadina. Da un anno ha avuto vari accessi di colica epatica con vomito e febbre, però senza itterizia. L'aia epatica è leggermente ingrandita, nel posto della cistifellea si sente una resistenza, non una vera tumefazione circoscritta e si risveglia dolore alla palpazione. Coll'esame del contenuto gastrico dopo la colazione di prova riscontrasi anacloridria. Mancando vari fatti di occlusione delle principali vie biliari, in considerazione delle condizioni generali dell'inferma non molto soddi-

sfacenti, si giudica di soprassedere ad un atto operativo, prescrivendo una cura igienico-dietetica.

OSSERVAZIONE 10ª. — Calcolosi della cistifellea: nefroptosi a destra. Non operata.

F... C..., contadina, di anni 40, maritata, 4 aborti, 2 gravidanze a termine.

Dispeptica da 4 anni; 4 mesi fa colica epatica intensa, senza itterizia, senza febbre, con ripetizione.

Fegato non ingrandito, cistifellea quanto un uovo di pollo; rene destro mobile. L'esame del chimismo gastrico da ipocloridria notevole (HCI 0.20).

Rifiuta l'operazione.

Riassumo in breve gli esperimenti allora praticati per confermare quanto l'osservazione clinica aveva posto in luce. Mi sono proposto di vedere se producendo nel fegato lesioni dell'organo di diversa natura, si determinasse anacloridria. In tutti i casi prima che fossero sottoposti all'esperimento veniva saggiato il chimismo gastrico e constatata la presenza di acido cloridico libero alla reazione di Günsburg. Le esperienze praticate si possono aggruppare in cinque serie:

1ª Serie — Animali ai quali venne praticata la legatura del coledoco;

2ª Serie — Animali ai quali venne praticata la legatura dell'arteria epatica;

3ª Serie — Animali che furono sottoposti tanto alla legatura del coledoco come dell'arteria epatica;

4ª Serie — Animali ai quali venne praticata la legatura di rami secondari della vena porta;

5ª Serie — Animali che subirono estese resezioni del fegato.

La prima serie comprende quattro esperienze.

In ogni caso, dopo una settimana, ho riscontrato un ittero intenso, con acolia intestinale e notevole colorazione delle urine. Il chimismo gastrico venne cominciato a saggiare dopo 12 giorni e successivamente dopo 20 giorni e dopo un mese.

Veniva agli animali, tre ore prima, somministrato un pasto di prova, composto di una scodella di brodo contenente 100 gm. di pane ridotto in piccoli frantumi e 50 gm. di carne triturata.

L'estrazione del contenuto gastrico veniva effettuata mediante la sonda gastrica.

Ora, in tutti gli esami praticati, ho riscontrato, in due casi, anacloridria, con acidità totale di 0.40; in altri due, ipocloridria, acidità totale 1.20 - HCI 0.40.

Gli esperimenti della seconda serie sono anche in numero di quattro. Ho posto il laccio sul primo tratto dell'arteria, subito all'origine dalla celiaca.

In questi casi solo due volte ho riscontrato ipocloridria, perchè l'acido cloridrico libero rilevato con lo stesso metodo e ad uguale distanza di tempo, in due volte, era nella proporzione del 0.30, e alre due volte del 2.20, cioè normale.

Questo reperto deve mettersi in rapporto al fatto che l'arteria epatica nel cane, che ha un fegato plurilobato, ha distribuzione assai complessa, in modo che con facilità si stabilisce il circolo collaterale e le alterazioni anatomiche, che derivano nel parenchima dell'organo, non sono sempre molto accentuate.

Infatti, all'autopsia, nei due casi, in cui non si è verificata alcuna modificazione del chimismo gastrico, non ho riscontrato alterazioni anatomiche rilevabili, negli altri due casi, nei quali si era stabilita ipocloridria, ho riscontrato alterazioni circoscritte ai margini dei lobi prevalentemente, poichè questi erano assottigliati, di colorito giallastro, aderenti in gran parte allo stomaco ed al grande epiploon. Altre zone di aspetto necrotico riscontravansi nella parte convessa dei due lobi di destra.

L'esame microscopico fece rilevare focolai di necrosi, nei quali gli elementi glandolari erano in gran parte ridotti in *detritus*, qualcuno conservava la forma, ma non assumeva più le sostanze coloranti. Questi focolai erano circondati e frammezzati da numerosi globuli bianchi d'immigrazione.

In due animali ho praticato la legatura del coledoco e dell'arteria epatica contemporaneamente.

In tutti e due si è verificata anacloridria completa, persistente dopo un mese dalla data dell'esperimento.

In una quarta serie di esperienze sono ricorso alla legatura dei rami della vena porta.

Nella vena porta del cane si distinguono due gruppi di branche, uno destro ed uno sinistro.

Il primo gruppo ha quattro rami, che procedendo da destra a sinistra vanno il primo

al lobo destro posteriore, il secondo a quello destro anteriore, il terzo alla parte destra del lobo medio, il quarto a quello dello Spigelio.

Il secondo gruppo, cioè il sinistro, è costituito da tre rami, uno per il lobo quadrato e due per i due lobi sinistri.

In due animali ho posto la legatura fra il primo e secondo gruppo di branche vascolari.

Uno dei due è morto dopo 48 ore.

All'autopsia i lobi sinistri e quello quadrato presentavansi aumentati di volume, ricoperti di essudato fibrinoso, che li faceva aderire agli organi circostanti, di colorito giallo-grigiastro con chiazze rosso-brune, di consistenza molle.

Al taglio si constata che l'aspetto necrotico è diffuso a tutto il parenchima, che è imbibito di sangue e qua e là mostra focolai apoplettici.

Nell'animale sopravvissuto ho praticato lo esame del chimismo gastrico dopo 20 giorni e l'ho ripetuto dopo 40 giorni, rilevando sempre completa anacloridria.

Sacrificatolo dopo 50 giorni dall'atto operativo, ho riscontrato atrofia dei due lobi sinistri molto accentuata, meno del lobo quadrato.

L'esame istologico mostrò la distruzione delle cellule epatiche più accentuata nel centro dei lobuli ed iperplasia del connettivo intralobulare.

In altri due cani ho eseguito la legatura di uno dei rami secondari della vena porta.

In essa si è determinata solo ipocloridria. Acido cloridrico libero 0.90.

Sacrificati gli animali dopo 40 giorni, ho notato atrofia del lobo del fegato corrispondente al ramo legato.

In una quinta serie di esperimenti ho eseguito larghe resezioni epatiche.

Per l'emostasi mi sono giovato con successo della frammentazione del parenchima epatico con legature multiple, passando i fili con aghi di Madelung.

Stringendo le anse di filo i rami dell'arteria epatica e della vena porta venivano compressi, perchè a pareti resistenti, mentre il parenchima era lacerato. L'emostasia così si effettuava nella maniera più perfetta, tanto che tutti gli 8 animali sono sopravvissuti all'atto operativo.

Due volte ho asportato i due lobi destri, due volte i due sinistri, quattro volte i due di destra ed uno di sinistra.

Coll'asportazione dei due lobi sinistri si è determinata ipocloridria. HCI libero 0.80 in un caso, e nell'altro 0.30.

In tutti gli altri sei animali si è riscontrato anacloridria assoluta e persistente.

Per escludere l'influenza del cloroformio e del trauma sul chimismo gastrico ho istituito quattro esperienze di controllo.

Due volte ho cloroformizzato gli animali per 20 minuti, tempo medio che è stato impiegato per l'esecuzione delle esperienze surriferite.

Già dopo otto giorni dalla narcosi si ha presenza di acido cloridrico libero, constatabile alla reazione di Günsburg, nel contenuto gastrico estratto dopo tre ore dal solito pasto di prova.

Due volte ho eseguito in narcosi operazioni chirurgiche; in un animale ho asportato la milza, nell'altro un rene.

Anche in questi due cani, dopo 8 giorni dall'atto operativo, ho constatato presenza di acido cloridrico libero in quantità normale.

Ecco ora le conclusioni alle quali sono venuto allora e che integralmente trascrivo:

« È dunque senza dubbio l'alterata funzionalità epatica e le alterazioni anatomiche che nell'organo si determinano, la ragione del perturbamento del chimismo gastrico.

« Anzi, possiamo affermare che la diminuzione della secrezione cloridrica sta in rapporto con l'entità delle alterazioni, con l'estensione di esse, col disturbo della funzione che ne deriva.

« Infatti abbiamo constatato ipocloridria in due dei quattro animali, nei quali era stata praticata la legatura del coledoco, in due di quelli, in cui era stata eseguita la legatura dell'arteria epatica, legatura che aveva determinato lievi e circoscritti focolai di degenerazione. Nei casi invece nei quali in seguito a legatura dell'epatica, non si erano manifestate alterazioni di sorta del parenchima epatico, nessun disturbo del chimismo gastrico si è avuto.

« Ipocloridria si è avuta anche nel caso in cui si legarono solo rami secondari della vena porta, o si ricorse a resezioni epatiche poco estese.

« Resta quindi anche sperimentalmente dimostrato che l'alterata o diminuita funzionalità del fegato per lesioni anatomiche dell'organo,

o per soppressione di una parte di esso, pur restando l'altra perfettamente funzionante, determina disturbo secretivo della mucosa gastrica, che si manifesta con la diminuzione o scomparsa di uno dei più importanti elementi del succo gastrico, l'acido cloridrico.

« Credo dovere attribuire il disordine secretivo dello stomaco all'influenza che il disturbo funzionale di una glandula, che tanta importanza ha nell'economia animale, esercita sull'innervazione gastrica.

« Giudico che il reperto è degno di essere tenuto presente in clinica: i tumori formati dalla vescichetta biliare, idrope, litiasi, colecistite possano imporre per la diagnosi di cancro del piloro. Certamente la vescichetta biliare è situata più a destra, ma tale differenza di sede il più spesso non basta. Infatti l'Huchard, il Terrier, lo Schwartz, citano casi d'affezione della cistifellea diagnosticati per cancri pilorici, poichè nella litiasi biliare vi è spesso una dispepsia ostinata, con dimagramento e tinta cachettica. Si sono pure osservate ematemesi che si possono attribuire, in assenza di itterizia, all'azione traumatica esercitata sulla mucosa del coledoco dalle asperità del calcolo e consecutivo riflusso del sangue nello stomaco. Tutti questi casi sono rari ed eccezionali, ma non va dimenticato che nulla più rassomiglia alla dispepsia cancerosa della dispepsia d'origine biliare. In questi casi, pur tenendo conto che l'anacloridria non è patognomonica del cancro dello stomaco, è possibile incorrere in errori diagnostici specialmente quando esiste una tumefazione non ben distinta al di sotto della arcata costale, data dalla cistifellea ».

Ho voluto ritornare sull'argomento per stabilire la priorità di un reperto semiologico da me affermato in più ampli confini parecchi anni or sono.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Linfuria?

(H. QUINCKE. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 25, 1912).

Benchè la maggior parte dei casi di albuminuria siano una conseguenza di lesioni renali, si conosce una quantità di albuminurie, in cui tali lesioni non sono nè dimostrabili nè supponibili.

Ciò non esclude che l'albumina provenga dai reni, e potrebbe essere causata da un passeggiero disturbo funzionale di questi, oppure avere origine diversa.

Leube ha descritto le albuminurie da fatica muscolare, ed ha trovato nei soldati dopo le marcie l'albumina nel 35 % dei casi, anche nell'orina della notte, e dopo gli esercizi nel 59 %.

Aufrecht ha trovato nelle partorienti e durante il travaglio del parto, in 50 % dei casi l'albumina sino a 2 per mille, mentre l'orina era normale prima e dopo il parto.

Flensburg ha trovato, principalmente la nucleo-albumina nel 16 % dopo il bagno freddo.

Leube spiega questi fatti con il vario spessore del filtro renale.

Schreiber ha escogitato un modo assai curioso per provocare l'albuminuria passeggiera. Con un apparecchio, costruito per provocare movimenti meccanici del torace a scopo terapeutico, egli comprimeva mediante due pelotte una metà del torace dal davanti e dal dorso. Quando si applicava questo apparecchio non esattamente da un lato solo per alcuni minuti sino a ½ ora in molte persone sane si verificava l'albuminuria per 1-4 ore. Più cedevole era il torace, più facilmente l'esperimento riusciva. In 8-10 ragazzi tra 11-15 anni l'albuminuria non mancò mai, senza che si verificasse dispnea o cianosi. Secondo Schreiber l'albuminuria in tali casi era causata da stasi nelle vene renali per ostacoli nel piccolo circolo, dipendente dalla compressione.

Clinicamente più importanti e più difficili a spiegarsi sono le albuminurie *cicliche* che non dànno quasi nessun disturbo generale, sono scarse quantitativamente e, contrariamente all'albuminuria nefritica, appaiono periodicamente varie volte al giorno, specialmente quando la posizione seduta od orizzontale viene cambiata in verticale, per la quale ragione furono nominate da Hubner e altri: *albuminurie ortostatiche*.

Si riscontrano negli adolescenti in specie in bambini e ragazze deboli o con insufficienza cardio-vascolare.

Gli sforzi muscolari, bagni freddi, aumento della pressione intraddominale, aumento della pressione venosa sino alla cianosi non provocano albuminuria in un individuo ortostatico in posizione distesa, mentre anche in posizione verticale l'albumina presente scompare al comprimere la metà inferiore del corpo con calzone pneumatico o tuffandosi nell'acqua fredda (Erlanger e Hooker).

Secondo Yehles, confermato anche da altri, si provocano spesso albuminurie in bambini ortostatici giacenti con lordosi artificialmente procurata della colonna vertebrale. Secondo Edel l'albuminuria diminuisce con i movimenti e dopo i pasti.

L'albumina dell'orina degli ortostatici è sieroalbumina, globulina e nucleoalbumina, la quale ultima Moritz ha riscontrato negli essudati. Non vi sono componenti morfologici.

Si è cercato di spiegare tali albuminurie con l'alterata funzionalità nel campo vascolare del rene, con la iperemia venosa da posizione verticale mentre la lordosi lombare stiracchierebbe le vene renali. È difficile, però, la spiegazione del fatto, che l'albuminuria, apparsa in stazione verticale, scompare mantenendo questa posizione.

Fino ad ora mai è stata discussa la possibilità di una *linfuria* come esiste la *chiluria*, la quale ha molta analogia con l'albuminuria ortostatica. Per *chiluria* s'intende quell'alterazione delle urine per la quale queste assumono un aspetto più o meno lattiginoso.

Esso è dovuto al passaggio di grasso finamente emulsionato. Tale grasso è in rapporto con quello introdotto con gli alimenti. Oltre al grasso l'orina contiene albumina (sieroalbumina, globulina, sostanza fibrinogena). Talvolta vi sono linfociti e corpuscoli rossi del sangue, non altri elementi figurati nè zucchero. Può durare degli anni senza dare disturbi generali. Spesso, specialmente nella chiluria tropicale, l'orina della notte è chiara e quella del giorno lattiginosa. A volte accade il contrario o l'aspetto varia nelle varie ore della giornata. Qualche volta appare per la stazione eretta, tale altra in posizione orizzontale o sul fianco. La fatica e le emozioni la aumentano. L'orina negli intervalli talvolta è normale, tale altra contiene albumina, che proviene probabilmente da linfa senza chilo.

Le chilurie tropicali sono conseguenza della infezione da *Filaria sanguinis*, gli embrioni della quale circolano nel sangue nella stazione orizzontale e scompaiono col movimento cioè di giorno. Si suppone che questi embrioni, trombizzando od occludendo talune vie linfatiche, provochino le chilurie; però sino ad ora non vi sono stati rinvenuti e solo Murata ha constatato forte dilatazione dei linfatici della faccia posteriore dell'addome. Mackenzie ha riscontrato inoltre forte dilatazione del dotto toracico e dei linfatici iliaci, lombari, renali (in ispecie del rene sinistro).

Perchè si determini la chiluria sono necessarie queste due condizioni:

1° che i linfatici si aprano nei canalicoli o nelle vie urinarie;

2° che i chiliferi riversino il loro contenuto a mezzo di movimenti di ritorno, per vie anastomotiche, nei linfatici dall'apparato urinario.

Quando si realizza questa seconda condizione, la presenza della linfa è visibile ad occhio nudo; altrimenti può sfuggire e sino ad ora non è stata ricercata.

I rapporti anatomici delle vie linfatiche dell'apparato urinario sono stati molto studiati in questi ultimi anni da Stahr e Rumita, allievi di Hasse, e risulta che i linfatici renali sono tanto numerosi e in tali rapporti con i canalicoli orinari che una comunicazione tra i due sistemi è molto probabile.

Anche negli ureteri o nella vescica i linfatici della mucosa possono mescolare il loro contenuto con l'orina e ciò viene confermato da un caso di chiluria, dove Havelburg ha trovato orina limpida dell'uretere destro, mentre nella vescica l'orina era commista al chilo.

Anatomicamente i linfatici in vicinanza della vescica e del fondo dell'addome erano dilatati.

La posizione del corpo nonchè la funzionalità degli organi i cui linfatici più comunicano con i reni (estremità inferiori, organi addominali) stanno per lo più in stretti rapporti con la comparsa delle chilurie e dell'albuminuria ortostatiche. E se talvolta agiscono nel senso contrario, ciò non deve fare meraviglia, ove si pensi all'incostanza dei rapporti anatomici del sistema linfatico.

Grossi linfatici facilmente possono essere compressi o stiracchiati o rotti, e, a seconda del posto dove ciò avviene, la fistola che si forma può chiudersi o, a causa della stasi, aumentare il flusso fistoloso.

Può avere molto valore il punto, dove i linfatici sboccano nelle vie orinarie. La linfa potrebbe avere origine talvolta dai reni, tale altra dagli organi vicini e, comunicare o per mezzo di vere fistole di strettissime fissure, e l'assenza nell'orina dei veri corpuscoli linfatici si spiegherebbe con la strettezza delle aperture di comunicazione.

L'albuminuria degli adolescenti verrebbe spiegata con la poca spessezza delle pareti dei linfatici, propria in questa età. Da tale condizione possono dipendere anche gli edemi delle clorotiche.

Se la ipotesi della linfuria non è sufficiente per spiegare tutte le albuminurie non nefritiche è, però, di una tale importanza da meritare studi e ricerche ulteriori tanto più che la importanza della linfa nell'organismo, dato il vasto sviluppo del sistema linfatico, deve essere molto più grande di quello che sinora non siasi ammesso.

Dott. OLGA RESNEVIC.

La patogenesi dell'albuminuria ortostatica.

(STILLER. *Berl. kl. Wochenschr.*, 1912, n. 40).

Varie sono le cause e le condizioni morbose cui i diversi autori hanno finora attribuito importanza nella genesi della albuminuria ortostatica. Heubner ammette una debolezza organica generale, congiunta ad oligoemia ; von Noorden ritiene

esista una alterazione nelle proprietà del sangue, sì da aversi una albumina che attraversa con facilità il filtro renale; Teissier crede esista una deficienza organica congenita, e — al pari di molti altri autori — fa rilevare la frequenza con cui, in questi albuminurici, si riscontra la tubercolosi e la clorosi. Altri autori attribuiscono la albuminuria ortostatica ad un disturbo nervoso: Marie e Teissier considerano gli albuminurici come nevrotici con spiccate modificazioni della eccitabilità riflessa; Jacobsohn afferma di aver trovato in questi infermi ereditarietà nevropatica grave, e considera la malattia come un fatto degenerativo, la cui origine ereditaria è provata, fra l'altro, dal fatto che l'affezione si manifesta sovente in parecchi fratelli; anche Albu considera l'albuminuria ortostatica come un sintoma di degenerazione. Leube ritiene che l'albuminuria dipenda da anemia congiunta ad insufficienza cardiaca. Kannegiesser parla di una debolezza del cuore concomitante ad una alterazione costituzionale del rene; Edel ha trovato che, nei normali, la pressione sanguigna aumenta quando il soggetto passa dalla posizione orizzontale alla posizione eretta, mentre accade il contrario negli ortotici, ciò che dimostra in questi l'esistenza di una insufficienza cardiaca, la quale determina rallentamento della corrente sanguigna nel rene, e quindi albuminuria; Senator ammette una disposizione morbosa dei vasi e dei nervi, specialmente nel rene, a causa della quale viene notevolmente accentuato il normale rallentamento del deflusso venoso che accompagna la posizione eretta del corpo.

Steyskal, Chwostek ed altri credono a una debolezza cardio-vascolare, associata a congenita insufficienza del rene; e anche Martins ammette esista una debolezza protoplasmatica congenita degli epiteli renali.

In contrasto con tutte queste teorie sta la recente osservazione di Jehle; questo autore afferma che, negli ortotici, al momento in cui essi secernono albumina, esiste una lordosi lombare con massimo di curvatura in corrispondenza della prima o della seconda vertebra lombare. Tale lordosi che scompare nel decubito orizzontale, viene considerata dallo Jehle non solo come un elemento essenziale, ma come l'unica causa della albuminuria ortostatica.

L'A., in base alla propria esperienza, ritiene di poter confermare sia l'osservazione dello Jehle (presenza della lordosi negli ortostatici durante la posizione eretta), sia la interpretazione dello Jehle stesso riguardo al meccanismo di produzione della albuminuria (compressione della vena cava inferiore, al di sopra dello sbocco delle vene renali da parte della prima o seconda vertebra lombare, con consecutiva stasi nei reni). Tuttavia l'A. non può convenire nell'ammettere che la stasi venosa rappresenti la causa unica della affezione; non si comprende infatti, con la sola ipotesi della stasi, come la albuminuria si manifesti già pochi minuti dopo che il soggetto ha assunto la posizione eretta, mentre la albumina nelle urine appare solo tardivamente nella stasi di origine cardiaca; nè si spiega come, negli ortostatici, non si riscontrino gli edemi che accompagnano d'ordinario la stasi; nè infine si intende come la albuminuria possa persistere ancora per varie ore dopo che, col passaggio del soggetto al decubito orizzontale, si è corretta la lordosi, e la compressione ha quindi cessato di agire. L'A. crede quindi necessario ammettere una congenita anormale permeabilità del rene per l'albumina, permeabilità la quale rimane latente quando il soggetto giace in posizione orizzontale, e si manifesta invece quando, per la posizione verticale, e più ancora per il comparire della lordosi, viene difficoltato il deflusso nella vena cava inferiore. Questa disposizione morbosa spiega perchè l'albuminuria si produca anche senza una stasi intensa, continua e prolungata, quale quella che, nei cardiopatici, conduce prima alla formazione degli edemi, e più tardi alla comparsa di albumina nelle urine.

Questa disposizione morbosa viene dall'A. riportata alla forma da lui descritta sotto la denominazione di «astenia» (1). Secondo l'A. la organizzazione astenica è caratterizzata non solo da numerose stigmate degenerative, ma anche da molte alterazioni fisiologiche: ipoplasia dell'apparato circolatorio, polmoni grandi e flaccidi con tendenza alla tubercolosi, flaccidità e distrofia dei muscoli lisci e striati e di tutti gli altri tessuti, deficienza negli organi ematopoietici con disposizione alla clorosi, tendenza ad anomalie sensitive, motorie e secretorie degli organi digerenti con predisposizione all'ulcera peptica dello stomaco e del duodeno, debolezza della assimilazione con facilità a disturbi gravi della nutrizione per ogni lieve causa, astenia dei centri ner-

(1) *Die astenische Konstitutionskrankheit.* Stuttgart, 1907.

vosi e del sistema nervoso della vita vegetativa, verosimilmente anche scarsità negli ormoni delle capsule surrenali. Nessuna meraviglia, afferma l'A., che a tutte queste deficienze si aggiunga anche una deficienza funzionale del rene.

V. FORLÌ.

OSTETRICIA.

Diagnosi biologica della gravidanza secondo Abderhalden e sua importanza clinica.

La penetrazione nelle vie sanguigne di una sostanza estranea — albuminoide di costituzione diversa da quella della sieroproteina, idrato di carbonio, grasso, lipoide, ecc. — provoca la formazione di fermenti mobili, nel sangue, capaci di scindere quella sostanza in componenti semplici: fermenti *protettivi* perciò, che secondo le vedute dell'Abderhalden, disfanno quella sostanza prima che essa danneggi le cellule dell'organismo.

Anche per altre vie (p. es. intestino) si può introdurre una sostanza capace di provocare la formazione di fermenti scompositori ed anzi ciò si verifica già nella digestione fisiologica. Da numerose esperienze è lecito pensare che l'albumina di ogni singolo organo abbia una composizione differente da quella di ogni altro organo e da quella del sangue pur nello stesso individuo. Ogni animale reagisce alla iniezione di succo premuto da uno dei suoi organi con la produzione di fermenti nel sangue.

L'Abderhalden pensò che ciò potesse verificarsi spontaneamente nell'organismo anche in circostanze patologiche o almeno oltrepassanti la norma fisiologica come ad es. nella gravidanza, in considerazione di quanto attualmente si ritiene da molti autori circa l'importazione in circolo dei villi coriali. Col metodo ottico — determinando nell'apparecchio di polarizzazione il potere di deviazione del miscuglio di plasma di gestante e di succo placentare — egli potè già dimostrare che al siero di gravida spettano proprietà che mancano al siero di non gravida, tanto negli animali da esperimento, quanto nella donna. Anzi persino il siero del maschio diveniva peptolitico dopo iniezioni di succo o di estratto placentare.

Ma il metodo ottico non può, per ragioni ovvie, entrare nell'uso pratico. Allora l'Abderhalden si servì della *dialisi*. Gli albuminoidi sono disciolti colloidalmente e non traversano quindi le membrane animali: ma se interviene l'azione di fermenti, si producono a poco a poco corpi capaci di traversarle e dimostrabili colla reazione del biureto. In un tubo da dialisi si pongono perciò due pezzetti di placenta grossi come piselli e 2 cmc. del siero in questione e si immerge poi il tubo in un matraccio di Erlenmeyer contenente 20 cmc. d'acqua distillata, tenendovelo 24 ore. Si saggia allora quest'acqua con sostanza che dia biureto versando lentamente 10-15 gocce di soluzione diluitissima di solfato di rame su 1 cmc. di lisciva di soda al 30 %, filtrata. Si produce un anello azzurro di idrossido di rame, se la reazione è positiva si produce prestissimo un secondo anello rosso-violetto, poco al disotto del primo e nettamente separato.

Occorre accertarsi dell'assenza del biureto nei reattivi impiegati; i pezzetti di placenta si tengono in acqua cloroformica sotto toluolo e prima dell'uso si pongono per mezz'ora in acqua bollente sia per allontanare eventuali sostanze preformate che diano biureto, sia per rendere inattivi i fermenti che possono esistere nella placenta stessa. Se la reazione è troppo intensa può pensarsi alla poca spessezza della membrana che è quindi traversabile dalla sieroalbumina e questo è il punto debole del metodo. Vi sono anche accorgimenti speciali per difendersi da questo possibile errore.

Il Frank e l'Heimann (*Berl. klin. Woch.*, 36, 1912) esposta così la parte teoretica passano a considerare l'importanza clinica di questa *reazione gravidica*, col contributo delle loro personali esperienze, condotte con rigore di metodo e di tecnica. Essi hanno potuto confermare pienamente le asserzioni dell'Abderhalden; il siero delle gravide scomponeva sempre la placenta dando così una evidente reazione del biureto, che mancava invece costantemente con sieri di donne non gravide o con sieri di maschi. Estesero poi le loro ricerche anche ai primi tempi della gestazione (allorchè non è ancora possibile emettere clinicamente una sicura diagnosi di gravidanza) e controllando con visite ulteriori l'esistenza o meno di una gravidanza. Di 23 donne così rivedute, prescindendo da due casi che dettero risultato inesatto per difetto di tecnica (permeabilità eccessiva della membrana), in 21 *casi la reazione dette notizia esatta se la donna era gravida* (15 casi) *o no* (6 casi). Il Frank e l'Heimann affermano quindi *l'infallibilità della reazione* perfino nei *primissimi tempi della gravidanza* (1-2 mesi).

Esaminarono anche la persistenza della reazione in puerperio e videro che fino al 7° giorno la reazione è costantemente positiva, dal 7° al 14° è incostante, più tardi è negativa. È interessante a questo proposito un caso che aveva le parvenze d'una gravidanza extrauterina: anche la reazione gravidica fu positiva e la paziente venne operata, ma trovata affetta invece da grave annessite bi-

laterale. Da una anamnessi più minuta potè stabilirsi che la donna poco prima dell'ingresso in clinica aveva avuto un aborto!

La ricerca fu estesa anche al siero di 2 eclamptiche ma senza risultati certi.

Concludendo, la reazione gravidica dell'Abderhalden ha un alto interesse teorico e pratico sebbene l'accennata incertezza dipendente dalla membrana da dialisi (e che è da augurarsi possa esser rimossa) ne accresca le difficoltà e ne renda ancora malsicuri i risultati: sormontate queste difficoltà essa dovrà divenire un eccellente mezzo diagnostico della gravidanza per la pratica.

U. ROLANDI.

CHIRURGIA.

Risultati finali di sessantatre operazioni per tumore cerebrale.

(W. J. TAYLOR. *Ann. of. Surgery*, luglio 1912).

Si tratta dell'esperienza personale dell'A.; e quindi i risultati di un numero così notevole di operazioni per tumori del cervello acquistano un grande valore, come quelli che si possono riferire a dei fattori determinati e costanti, quali la tecnica operatoria, l'estensione dell'atto operativo, il giudizio delle sue conseguenze.

Dati questi, che variano grandemente per ciascun chirurgo, e che rendono infide le conclusioni tratte da un gran numero di operazioni eseguite da persone diverse.

Dei tumori cerebrali alcuni non presentano sintomi netti di localizzazione, così che il chirurgo spesso non riesce a trovarli, altri, o per la grandezza o per la loro natura, non possono essere estirpati; altri ancora, e sono i meno, vengono facilmente localizzati, e si prestano all'intervento chirurgico. I risultati più brillanti ottenuti dai chirurgi si riferiscono senza dubbio a quest'ultima categoria. Trattasi per solito di piccoli tumori, che hanno preso il loro punto di partenza dalla dura, ben delimitati, e che dànno sintomi soprattutto per la compressione da essi esercitata sulla sostanza cerebrale. Così in un caso operato dall'A. nel 1887 fu estirpato un piccolo fibroma della dura che comprimeva il cervello, ma era da questo affatto indipendente. Il paziente è ancora vivente, e non presenta sintomi morbosi, all'infuori di una diminuzione considerevole del *visus*, conseguenza dell'aumento, durato a lungo prima dell'operazione, della pressione endocranica. Tutti gli altri pazienti operati, ad eccezione di due, che vissero più di sei anni, morirono nel termine di tre anni dall'operazione, quantunque in molti casi i risultati immediati dell'intervento chirurgico fossero stati eccellenti. Ma spesso si trattava di endoteliomi e di gliomi, che si riproducevano con grande rapidità.

È inutile insistere sulle indicazioni e sul valore terapeutico della craniotomia decompressiva. Basti dire che in molti dei casi operati dall'A., oltre far scomparire la cefalea, il vomito, la papilla da stasi, essa permise ai pazienti di riprendere la loro occupazione per lo spazio di molti mesi. Altre volte la craniotomia, togliendo l'eccesso di tensione, ha permesso al tumore di estrinsecarsi verso la superfice del cervello, rendendone così possibile l'estirpazione, con un secondo intervento.

L'A. crede che in molte delle sue prime operazioni, in cui non era stato possibile localizzar bene il tumore, fu perduto troppo tempo, e troppo danno fu arrecato alla sostanza cerebrale, per andarlo a ricercare. Ed insiste nel dire che, a meno che i dati di localizzazione sieno sicuri, è necessario limitarsi alla craniotomia decompressiva.

Dei 63 pazienti operati, sei avevano tumori della dura. Tre di questi morirono poche ore dopo l'operazione per emorragia. Dei tre sopravissuti, uno, quello sopracitato, vive ancora; un altro morì 108 giorni dopo per recidiva del tumore, un endotelioma; il terzo viveva ancora cinque mesi dopo l'operazione. In tutti questi casi l'emorragia durante l'atto operativo fu molto abbondante, specialmente nei tumori di natura endoteliomatosa.

In otto pazienti si trovarono cisti del cervello o del cervelletto. Queste cisti avevano le pareti così sottili, che fu impossibile estirparle: si ricorse al drenaggio, che si mostrò efficace in sei di questi casi. Un paziente anzi ha vissuto per cinque anni e mezzo, ma in esso si dovette ripetere il drenaggio. Accanto a queste cisti, si trovarono in altri malati tre tumori cistici: una gomma e due sarcomi. Uno di questi pazienti sopravvisse per sei anni, poi morì per recidiva.

Trentatrè volte il tumore non fu potuto trovare, ma la craniotomia decompressiva dette un miglioramento temporaneo eccellente. Dei trenta casi in cui il tumore fu messo in evidenza durante l'operazione, 14 furono sottoposti alla estirpazione completa, 9 rimossi parzialmente, 8 (cisti) furono drenati.

La mortalità operatoria è molta elevata. Sei pazienti morirono entro i primi cinque giorni,

tredici entro i primi dieci giorni dall'operazione, il che corrisponde ad una mortalità immediata del 30 %.

Così pure, da quello che sopra è stato detto, si deduce che i risultati lontani di queste operazioni per tumore cerebrale sono **tutt'altro** che incoraggianti.

Un solo caso di cisti del cervelletto sopravvive ancora dopo 5 anni dall'operazione. Un paziente, operato di glioma del cervello è ancora vivente, dopo tre anni dall'intervento, ma già si manifestano i sintomi della recidiva. Tre altri pazienti vivono pure, ma non sono ancora passati tre anni dall'operazione. Nonostante questa statistica personale sconfortante, l'operazione, sia pure la sola craniotomia decompressiva, è sempre indicata nei tumori del cervello, perchè è il solo mezzo di cura, che possa dare qualche speranza di guarigione, o un notevole miglioramento da sofferenze spesso atroci.

A. CHIASSERINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Cura della corea con le iniezioni endospinali di solfato di magnesio

per il dott. FRANCESCO FELIZIANI
medico aiuto degli Ospedali di Roma
Ospedale di San Giovanni.

Alle considerazioni generali esposte nello scorso numero facciamo seguire l'esposizione dei casi clinici.

CASO I. — D... R..., di anni 6. Entra nel 2° Reparto (prof. Lugli) il 22 novembre del 1911.

Eredità negativa, ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. Non ha mai avuto reumatismo articolare acuto. Afferma di essere stata sempre, fin dalla prima infanzia, agitata e nervosa; sembra che abbia pure sofferto di attacchi convulsivi a tipo imprecisabile, da alcuni mesi compie movimenti incomposti degli arti e della faccia, i quali si accentuano negli stati emotivi che sono assai frequenti, e si avverano sia nel riposo sia nella stazione eretta. Da alcuni giorni questi movimenti si sono accentuati e l'emotività e l'irrequietezza della bambina sono più intense. Tali disturbi hanno più volte subìto periodi di miglioramento e di peggioramento, da venti giorni sono apparse eruzioni cutanee a carico degli arti inferiori.

Esame obiettivo. — Stato generale discreto, mucose pallide, non adenopatie. Esiste una eruzione di erpete circinnato, poco diffusa, a carico degli arti inferiori. *Torace*: ben conformato, limiti dei polmoni fisiologici, suono chiaro, murmure normale. *Cuore*: punta al 4° spazio sull'emiclaveare. Limiti dell'aia cardiaca fisiologici. Si ascolta un leggero sdoppiamento del 1° tono sulla polmonare, con lieve rinforzo del 2° tono. Non si palpano fremiti. *Addome*: normale. *Fegato e milza*: normali. *Sistema nervoso* - *Motilità*: Fisiologica la motilità oculare, della faccia, del collo. Si notano di quando in quando nelle dita delle mani, negli arti superiori e nelle spalle movimenti incoordinati, i quali restano indipendenti dalla volontà. Prevalgono movimenti di abduzione delle mani. La motilità degli arti superiori, attiva e passiva, è nel resto normale. Negli arti inferiori: le dita del piede hanno movimenti incoordinati, che si estendono al piede e alla gamba. Non si notano movimenti incoordinati del capo e della lingua. *Riflessi*: rotulei e achillei normali; muscolari e tendinei degli arti superiori accentuati, addominali, plantari vivaci. Assente il Babinsky. Tronchi nervosi indolenti alla pressione. *Sensibilità*: integra sia la superficiale sia la profonda. Sensi normali. Funzioni della vescica e del retto integre.

Due giorni dopo dell'ammissione si pratica una iniezione endospinale di una soluzione di solfato di magnesio al 25 %, nella quantità di cmc. 1.5, pari a g.m 0.38 del sale. Prima della iniezione si lasciano defluire tre o quattro cmc. del liquido cefalo-rachidiano. Si pone quindi, a iniezione compiuta, l'inferma sul letto nel decubito supino.

Alla iniezione non ha seguìto alcun disturbo spiacevole, all'infuori di qualche vertigine. Il polso e il respiro sono restati normali. Però i movimenti coreici non accennano per nulla a diminuire ed anche alcuni giorni dopo l'avvenuta iniezione essi non sono quasi affatto migliorati.

Circa quindici giorni dopo questa prima iniezione se ne pratica una seconda; invece che di cmc. 1.5, di cmc. 2 della soluzione depurata di solfato di magnesio, pari a gm. 0.50 del sale. Anche questa volta nessun disturbo ha seguìto nell'inferma, e pochi minuti dopo l'iniezione i movimenti coreici si erano notevolmente accentuati, forse per l'agitazione che si era impadronita della piccola inferma in seguito all'impressione della puntura. Il giorno dopo invece, i movimenti incoordinati cominciano a decrescere gradualmente, e così nei giorni susseguenti, sino a farsi appena notare. Si ha una leggera recrudescenza nei tre giorni dopo l'iniezione, poi di nuovo si attenuano i movimenti coreici fino quasi a cessare del tutto. Tali erano le condizioni dell'inferma il 20 dicembre, circa un mese dopo l'ingresso all'ospedale e dodici giorni dopo la seconda iniezione. La madre, ritenendola guarita, volle in quel giorno ricondursela a casa, malgrado il parere contrario dei sanitari.

CASO II. — M... C..., anni 13. Entra nel reparto del prof. Angelini il giorno 9 novembre 1901.

Il padre è alcoolista, uno zio è morto al manicomio. Non v'è altro nell'anamnesi. La bambina è stata sempre bene fino a 6 anni or sono. Non ha mai avuto altre malattie degne di nota. Pare che l'inizio dell'attuale affezione si colleghi con un trauma psichico sofferto appunto circa sei anni fa. La malattia cominciò con movimenti disordinati a carico delle mani, che poi si diffuse agli arti superiori, con accentuazione maggiore a destra che a sinistra. I movimenti disordinati aumentano d'intensità quando l'inferma viene sgridata, o piange, o si accorge che qualcuno posa attenzione su di lei; scompaiono nel riposo. In questi ultimi mesi ha accusato dolori alle articolazioni degli arti inferiori, specialmente del ginocchio destro, accompagnati da leggera tumefazione e rossore. Da circa un mese ha elevazioni serotine della temperatura, precedute da leggero brivido. Recentemente i movimenti incoordinati si sono estesi anche alla lingua, con tale intensità che la parola e la deglutizione restano impacciate. L'inferma non riesce a mantenersi nella stazione eretta.

Esame obiettivo. — Costituzione generale deperita, colorito cutaneo bruno pallido. Sistema ghiandolare integro. *Torace* allungato, poco nutrito. Nulla di anormale a carico dei polmoni. *Cuore*: Nulla all'ispezione. Non si palpano fremiti. La punta batte al 5° spazio sull'emiclaveare. L'aia cardiaca non deborda da' suoi limiti normali. All'ascoltazione: il 1° tono è impuro, specialmente alla punta, ma anche alla base, dove si ascolta il 2° leggermente rinforzato sul focolaio della polmonare. *Addome, fegato, milza*, normali. *Sistema nervoso.* – Fisiologica la motilità: degli occhi, del viso, del collo, la attiva e passiva degli arti per i grandi movimenti; la forza muscolare è però notevolmente diminuita. Nulla di notevole a carico dei riflessi.

L'inferma presenta movimenti spontanei disordinati di tutto il corpo, specialmente delle mani. Tali movimenti si compiono sia nella posizione supina, sia nella eretta, nella quale è difficile poter mantenere la malata. Non cessano, anzi si accentuano, se si comanda all'inferma di star quieta. Movimenti disordinati e contrazioni varie si osservano pure a carico dei muscoli della faccia e del collo. L'inferma spesso apre la bocca e protende la lingua, imprimendo a quest'organo i movimenti più vari. La parola, la masticazione e la deglutizione sono notevolmente turbate. Psiche normale.

Si istituisce una cura ricostituente a base di glicerofosfati e una cura lenitiva mediante i bromuri e il bagno caldo. Dopo alcuni giorni i movimenti coreici si mantengono presso a poco con la stessa intensità. Scarsissimo esito ha pure avuto la cura salicilica, la quale fu instituita in seguito ai fatti reumatici cui accennammo nell'anamnesi, i quali però non avevano lasciato traccia di sè nelle articolazioni all'atto dell'ammissione dell'inferma. Il giorno 25 di novembre, cioè dopo 16 giorni dall'ingresso, mentre le condizioni della malata si mantenevano pressochè invariate, praticai una iniezione endospinale di solfato di magnesio al 25 % nella quantità di 2 cmc. della soluzione. Prima della iniezione lasciai defluire dall'ago circo quattro cmc. del liquido cefalo-rachidano. Nei primi minuti l'iniezione non portò nessuna conseguenza. Dopo dieci minuti circa, l'inferma cadde in una profonda prostrazione, accompagnata da acutissimo dolore che aveva come punto centrale il luogo della puntura e si irradiava specialmente in basso verso le gambe, nelle quali la paziente avvertiva una sensazione di formicolio. Nello stesso tempo essa provava un dolore cupo, martellante del capo nelle regioni temporali; dopo quindici minuti circa si ebbe vomito ostinato, midriasi pupillare, e lo stato di prostrazione continuava assai notevole. Polso e respiro si mantennero però in buone condizioni: P. sino a 120, R. sino a 24 al minuto. Lo stato di leggero collasso si mantenne per qualche ora malgrado l'iniezione di un mmgm. di solfato d'atropina fatta ai primi sintomi depressivi. Si ebbe invece un rapido e notevole sollievo da queste condizioni generali in seguito a due iniezioni alternate, praticate con l'intervallo di mezz'ora l'una dall'altra, di caffeina e di olio canforato. Dopo circa tre ore l'inferma ritornò in buone condizioni generali ed i movimenti coreici erano fortemente diminuiti; scomparsi nel capo, nella lingua, nel collo; molto ridotti negli arti. Il miglioramento continuò rapido e progressivo; dopo alcuni giorni l'inferma camminava bene, si nutriva pure bene, ed era aumentata discretamente di peso. Di tutto l'imponente disordine motorio, ad un mese e mezzo circa di distanza dall'iniezione endospinale di solfato di magnesio, non era rimasto se non qualche leggerissimo movimento incoordinato delle dita della mano destra, che l'inferma riusciva facilmente a troncare con la volontà.

CASO III. — M... M..., di anni 7. Entra nel 2° Reparto (prof. Lugli) il 21 luglio 1911. Proviene da località malarica. La bambina però non ha mai avuto febbri prima della malattia attuale e nemmeno ha mai sofferto altre malattie. Gentilizio negativo. Da tre giorni ha febbre continua, remittente, ed emette ogni tanto un grido angoscioso.

Esame obiettivo. — L'inferma giace supina, ha strabismo convergente a destra, lievi movimenti involontari e incoordinati delle labbra e delle palpebre, di lateralità del capo e degli arti. Altre volte si notano leggere scosse a tipo clonico dei muscoli del torace e del collo. Coscienza integra, forza muscolare discreta, movimenti attivi completi. Non riesce però a reggersi in piedi. Alzato il capo, lo mantiene per qualche tempo esteso, poi lo abbandona in avanti. Nella costituzione scheletrica si nota:

uno sviluppo del cranio sproporzionale a quello delle altre ossa dello scheletro (circonferenza cranica uguale cm. 52; lunghezza del corpo uguale cm. 105). Le fontanelle sono chiuse. Nutrizione generale discreta, muscolatura flaccida. Colorito della pelle e delle mucose, roseo, non edemi. Polso 108, frequente, regolare. Resp. 30. Nulla a carico dei polmoni, del cuore e degli organi addominali.

Sistema nervoso. — Nulla a carico dei nervi cranici; le pupille reagiscono bene alla luce e e all'accomodazione.

Arti superiori. — Movimenti attivi e passivi completi; forza muscolare diminuita; tutto l'arto è preso da scosse coreiformi in corrispondenza delle dita. Riflessi esagerati. Non v'è atassia.

Arti inferiori. — I movimenti attivi si compiono con oscillazioni irregolari, ma tutti sono possibili. Non v'è resistenza ai movimenti passivi e la forza muscolare è notevolmente diminuita. Riflessi rotulei e achillei esagerati. Non Babinski, non atassia, non clono. Riflessi cutanei esagerati. Conservate le sensibilità. I movimenti del capo e della nuca permangono completi senza dolore, nè rigidità. Non v'è Keruig. Nulla alla percussione del cranio: la risuonanza è normale e non si risvegliano speciali dolori localizzati. L'inferma non si regge in piedi e la deambulazione è impossibile se la malata non viene sorretta. Esiste una leggera andatura paretico-spastica ed una completa afasia motoria. Eseguita la puntura lombare, fuoriesce un liquido limpido a discreta pressione. V'è traccia di albumina; nulla nel sedimento, reazione di Nonne negativa. Alcuni giorni posteriormente all'ingresso i *movimenti coreiformi* si fanno assai più estesi, e allora si pratica una iniezione endorachidea di solfato di magnesio: 2 cmc. al 25 %, previa estrazione di altrettanto liquido cefalo-rachidiano. Nessun effetto: restano identiche le scosse coreiformi, sempre accentuate. Il 29 novembre si estraggono 30 cmc. di liquido cefalo-rachidiano, limpido, con i caratteri fisiologici, a fortissima pressione. Questo fatto avvalora la diagnosi di probabilità di *idrocefalo.* I movimenti coreici secondari sono sempre accentuati. Si pratica, senza conseguenze spiacevoli, ma sempre senza risultati, una seconda iniezione di solfato di magnesio. I movimenti coreiformi ebbero realmente una leggera diminuzione i primi due giorni consecutivi, ma poi si ripresentarono con la stessa intensità di prima.

Come hanno dimostrato le storie cliniche surriferite, una enorme differenza esiste fra i risultati terapeutici ottenuti nelle prime due malate e nella terza. E cioè, mentre nelle prime due abbiamo avuta la scomparsa dei sintomi coreici dopo le iniezioni di solfato di magnesio, nella terza invece non abbiamo ottenuto che una fugace attenuazione dei sintomi, i quali, dopo qualche giorno, ritornarono non meno di prima intensi e vivaci. La differenza del risultato terapeutico rispecchia perfettamente quella che esiste nei fattori etiologici e patogenetici dei tre casi. Nei primi due si tratta infatti della vera e propria corea idiopatica del Sydenham, mentre nel terzo la sindrome coreica è alle dipendenze di gravi fatti cerebrali organici, forse prodotti da un idrocefalo, la cui diagnosi non è però posta con assoluta certezza.

Questa nettissima differenza di risultati terapeutici ha il suo grande valore scientifico, ed in certo modo dimostra che sarebbe erroneo ricorrere ad un mezzo così potentemente sedativo come il solfato di magnesio per la via spinale in tutti quei casi nei quali, come del resto han già notato altri autori, la corea è secondaria a lesioni organiche accertabili del sistema nervoso. Il solfato di magnesio iniettato nello speco vertebrale ha dunque una così forte azione sedativa, da ricondurre nella cellula nervosa quel *quid* che suscita in essa una perfetta facoltà d'orientamento nella produzione dei movimenti coordinati, ma nulla può, all'infuori di una fugace azione inibitrice, contro le incoordinazioni motorie di natura strutturale.

Riguardo al fatto se le iniezioni di solfato di magnesio per via endospinale abbiano la loro energica azione in quelle coree nelle quali esiste una accertabile connessione etiologica col reumatismo articolare, i nostri casi non possono dirci nulla di preciso. Certo: il primo caso da noi riportato s'iniziò, come sembra, con fatti reumatici, e l'infezione reumatica pare sia stata l'agente causale della malattia. Ebbene, abbiamo visto come a nulla sia valsa la cura salicilica, mentre il solfato di magnesio produsse la guarigione radicale della malata. Se si voglia a questo caso clinico concedere un qualunque valore probativo, possiamo dedurne, con molta circospezione s'intende, che le iniezioni endospinali di solfato di magnesio producono la loro accentuata azione terapeutica anche nelle forme coreiche di natura reumatica, ed in maniera molto più energica della terapia salicilica.

Nell'adoperare il solfato di magnesio per via endospinale occorre procedere con molta cautela, per mettersi al sicuro da disturbi conse-

cutivi di non lieve entità. Occorre innanzi tutto procedere alla depurazione del sale, come hanno fatto, nelle loro applicazioni, Marinesco, Rocaz ed altri, i quali non hanno avuto che dei leggerissimi disturbi nei loro malati in conseguenza dell'iniezione.

A proposito di turbe consecutive all'iniezione endorachidea di solfato di magnesio, Bouchut e Devic dell'ospedale di Lione pubblicano il caso di una donna di 51 anni, la quale aveva avuto il primo attacco di corea all'età di 12 anni. Dopo il primo attacco era ricaduta ben nove volte, e l'attuale era la decima recidiva, che datava già da due anni, ribelle ad ogni trattamento. Gli autori, dopo una prima iniezione endorachidea di solfato di magnesio al 25 % nella quantità di tre centimetri cubici, ottennero un breve periodo di calma, ma poi i fatti coreici si ripresentarono con l'intensità di prima. Gli autori praticarono allora una seconda iniezione di 5 cmc. della soluzione: seguirono quasi subito notevoli ipertermie, eruzioni papulose al viso, ritenzioni di urina; fatti che però durarono solo qualche giorno. I sintomi coreici tacquero per un periodo di otto giorni, poi si ripresentarono. Fu allora praticata una terza iniezione di 5 cmc. della soluzione. Subito dopo l'inferma cadde in un torpore profondo, in una grave immobilità. Poi sopravvenne ematuria, il polso si accelerò sino a 140 pulsazioni, il respiro si fece dispnoico, la temperatura salì sino a 39°.8 e 40°.2 poco prima della morte, che sopravvenne quattro giorni dopo la puntura. A nulla giovarono le iniezioni di atropina ed altri mezzi adoperati per scongiurare la catastrofe Nulla di interessante all'autopsia, all'infuori di una endocardite della mitrale e d'una lieve aortite. Ora può questo caso, che rivela una prudenza non eccessiva in chi adoprò il metodo, invocarsi seriamente contro l'uso dell'iniezione endospinale del solfato di magnesio nei coreici? Si trattava di una donna affetta da corea da circa quarant'anni, mal ridotta nello stato generale, poco resistente quindi e avente una età non giovine. Non era assolutamente prudente tentar la cura in un simile soggetto e tanto meno usarla con la intensità con la quale l'adoprarono i succitati autori. Le iniezioni infatti furono praticate per ben tre volte nell'inferma, con intervalli brevissimi. tanto che nello spazio di soli dodici giorni essa ricevette nello speco vertebrale non meno di 13 grammi della soluzione di solfato di magnesio al 25 %, pari a gm. 3.25 del sale.

Ripeto, ad ogni modo, che il solfato di magnesio, sia pure depurato, ha spesso un'azione tossica ed irritativa, variabile a seconda della varia sensibilità individuale. Sabrazès lo ha iniettato, nella soluzione indicata, in una tetanica, a scopo terapeutico, e a scopo sperimentale nei cani. Dopo qualche giorno egli ha estratto dallo speco vertebrale della malata e degli animali un liquido siero-purulento, asettico, con forte tensione, nel quale predominavano i polinucleari neutrofili, i grossi linfociti ed i mononucleari macrofagi. L'autore ne deduce che tali iniezioni non hanno solo effetti funzionali, ma anche congestivi, suscitando una violenta iperleucocitosi neutrofila locale e provocando modificazioni istologiche rapide nelle meningi. E il lavaggio con soluzione fisiologica dello speco vertebrale, da alcuni proposto nelle gravissime eventuali turbe seguite alla iniezione, se può rimediare agli accidenti nervosi, non può certamente nulla contro le reazioni citologiche, che si producono ugualmente.

Dobbiamo convenire con l'autore citato che simili reazioni puriformi, sia pure asettiche, ma suscettibili di lasciare residui nei centri nervosi e nelle meningi, ci obbligano alla più grande circospezione nell'impiego del solfato di magnesio nella via endospinale, ma facciamo anche osservare che, di tutti i casi pubblicati, in nessuno l'intensa flogosi asettica in parola ha dato alcun sentore di sè, i miei compresi. Sorge quindi il dubbio se tale reazione non sia dipesa o dal fattore individuale, o da una non eccessiva purezza del sale. o da casuali difetti di tecnica.

Fra i disturbi più salienti notati da me nei casi riferiti debbono annoverarsi: un acuto dolore insorgente poco dopo l'iniezione nel punto dove essa avvenne, con irradiazioni agli arti inferiori; cefalea gravativa, opprimente, continua, a tipo martellante specialmente nelle regioni temporali. Questi fatti si presentarono appena accennati nella prima e terza malata, accentuati nella seconda. In nessuna delle tre inferme si verificò la ritenzione d'urina tanto lamentata da qualche altro autore, nè albuminuria. Nella seconda malata, invece, poco dopo l'iniezione, si manifestò uno stato di col-

lasso dapprima molto inquietante, dal quale fu possibile sollevare rapidamente l'inferma mediante iniezioni eccitanti di caffeina e di olio canforato, mentre nessun risultato avevo ottenuto con l'atropina.

I casi da me citati non sono certamente sufficienti per deduzioni assolute d'indole generica; ma se dalle osservazioni fatte fosse permesso trarre conseguenze di un valore che solo una larga casuistica può dare, si dovrebbe affermare che quanto più intensi sono i disturbi che seguono all'iniezione endospinale di solfato di magnesio, tanto più pronta ed energica è e resta l'azione terapeutica del medicinale, e viceversa. Infatti nella prima e un poco anche nella terza inferma l'azione del solfato di magnesio non provocò se non scarsi disturbi, e l'attenuazione (fugace nella terza inferma) dei sintomi coreici si ebbe tardivamente. Rapidissima fu invece l'azione del sale nella seconda inferma, nella quale furono assai vivaci i disturbi consecutivi alla puntura.

Per concludere, a me sembra si possa oggi affermare:

1° Data la inefficacia di ogni altra cura in quasi tutti i casi di corea idiopatica, malgrado gl'inconvenienti in gran parte evitabili che conseguono all'iniezione endospinale di solfato di magnesio, questo metodo è l'unico che abbia la probabilità, se non la certezza, di procurare in breve spazio di tempo guarigioni radicali.

2° Le turbe consecutive alla iniezione endospinale di solfato di magnesio possono essere in gran parte evitate, se si abbia l'accortezza:

a) di adoprare il sale allo stato di assoluta purità;

b) di non applicare il metodo in soggetti non giovani con nutrizione deficiente, o affetti da altre malattie;

c) di non applicarlo se la malattia trovisi in uno stato di avanzata cronicità;

d) se vi sia necessità di praticare più di una iniezione, di farlo con molta cautela, con intervallo di molti giorni l'una dall'altra e adoperando dosi non superiori ai tre centimetri cubici della soluzione al 25 %;

e) di non ripetere mai, qualora i sintomi coreici non si attenuino, l'iniezione, quando quella precedente abbia cagionato disturbi di una certa entità.

BIBLIOGRAFIA.

1. DUCHWORT. Wiener klinische-therap. Woch., n. 20.
2. TRAYER. The Journal of the Amer. med. Ass., n. 17.
3. BESANÇON et PAULESCO. Journal de médecine interne, 1902.
4. WILLIAMSON. The Lancet, 22 agosto 1903.
5. MASSALONGO e ZAMBELLI. Gazz. degli Osped. e delle Cliniche, n. 9, 1906.
6. ANGELILLO. Giornale La Medicina Italiana, anno V, n. 22, 1907.
7. GERMONING. Pharm. und therap. Rundschau, n. 6, 1905.
8. CALCATERRA. Sem. médic., p. 216, 1908.
9. MELTZER et AUER. Semaine médic., p. 617, 1905.
10. L. GIUFFRÈ. *Patologia e cura della corea.* Palermo, Tip. edit. Tempo. 1894.
11. MARINESCO. Sem. médic., 1908, p. 553-555.
12. BLAKE. Sem. médic., 1906, p. 199.
13. MARINESCO e GRADINESCO. Soc. de Biologie, 11 avril 1908.
14. D. FOX. Philadelphia Medical Record, volume LXXVIII, n. 17, 1910.
15. D. BERNARDO. Policlinico, Sezione pratica, anno XV, fasc. 40, 1908.
16. RAMON. Sem. médic., 1908, p. 514.
17. L. SCHAPS. *Blutbefunde bei Chorea minor und « tic convulsif »*. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1904, LX, 1.
18. S. J. MELTZER et J. AUER. *The effects of intraspinal injections of magnesium salts*, ecc. Journal of experiment. medicine, 1906, p. 692.
19. DELHAYE. Bull. de la Soc. des Sciences méd. et natur. de Bruxelles, 1908.
20. F. RAMOND. *A propos des injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie.* Bull, et Mém. de la Soc. méd. des hôpit., Paris, séance 23 oct. 1908.
21. J. M. HENRY. *Treatment of tetanus by intraspinal injections of magnesium sulphate, rep. of 4 cases.* Philadelphia County, med. Soc., séance du 23 oct. 1907 et Internat. Clin., 1907, f. 4, p. 1.
22. DESQUIN. *Anesthésie par le sulphate de magnésie.* Annales de la Société méd.-chir. d'Anvers, juin-sept. 1907, p. 283.
23. DE COPPET. Annales de chimie et de physique, 1872, 4a serie, p. 532.
24. F. RAOULT. *Sur le point de congélation des dissolutions salines.* Comptes-Rendus de l'Acad. des Sciences, séance du 18 août 1884, p. 324.
25. A. BADUEL. Istituto umbro di scienze e lettere, 16 genn. 1909. Il Policlinico. Sezione pratica, 7 febbr. 1909, p. 180.
26. TAMARA. *Traitement du tétanos par les injections*, etc. Thèse de Montpellier, 1910.
27. BOUCHUT et DEVIC. Sem. méd., 19 juin 1912.
28. SABRAZÈS et BONNIN. Sem. médic., 19 juin 1912.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 17 febbraio 1913.

Buschi G. *Un caso di lesione chirurgica del dotto toracico al collo.* — L'O. riferisce che nel caso da lui osservato, la lesione si manifestò con una linforragia, che comparve a cinque giorni di distanza dall'atto operatorio e cessò in modo completo dopo quindici giorni con la sola applicazione di un drenaggio.

L'O. fa in seguito alcune considerazioni sul modo di lesione del dotto, sulla sintomatologia e sulla terapia.

A. Pasini. *Sulla « purpura annularis teleangiectodes »* (con proiezioni). — L'O. presenta un caso clinico tipico di *purpura annularis teleangiectodes*, nel quale si poteva escludere la tubercolosi e la sifilide. L'O. trovò come lesione istologica fondamentale una flebite obliterante di una vena profonda dell'ipoderma in una efflorescenza, e di una vena del plesso vascolare sottodermica, in una seconda efflorescenza; con queste lesioni in rapporto alla distribuzione a coni della circolazione cutanea, l'O. crede di spiegare la forma a macchie piene dapprima e quindi anulate delle efflorescenze eritimatoangietasiche emorragiche della malattia. Quanto alla etiologia l'O. propende ad ammettere una causa tossico-infettiva.

Bargellini. *Sulla cura tubercolinica nelle tubercolosi chirurgiche.* — L'O. riferisce di alcuni casi di tubercolosi chirurgiche (ossee ed articolari) da lui trattati colla tubercolina ottenendo buoni risultati.

C.-B.

Regio Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 22 dicembre 1912.

R. Massalongo. *Sullo « Jaw-winching phenomen ».* — L'O. descrive questo curiosissimo fenomeno clinico, sulla base di proprie osservazioni, le prime conosciute in Italia.

Propone una sua personale teoria sulla fisiopatologia del fenomeno stesso, che chiama con espressione più esatta « fenomeno palpebrale ».

Su questa comunicazione parlano i membri De Giovanni e Stefani, ai quali risponde lo stesso prof. R. Massalongo.

Adunanza ordinaria del 26 gennaio 1913.

A. Breda. *La lepra dell'occhio e dei suoi annessi.* — L'O. ha avuti in cura per periodi da 3 a 12 anni dal 1890 a tutto oggi 29 leprosi ammalati al bulbo oculare ed agli annessi o ad entrambi ad un tempo.

Ne ha fatto uno studio clinico, istologico, batteriologico ed esperimentale; e di tale studio presenta il risultato, sotto forma di quindici conclusioni.

R. Pellegrini. *L'azione del digiuno sul paraganglio surrenale.* (presentata dal prof. A. Bonome). — Nel digiuno acuto ad un primo periodo d'iperfunzione secretoria del paraganglio segue un esaurimento nell'attività secretoria. Le iniezioni di adrenalina durante il digiuno acuto cagionano congestione ed emorragia nella midollare con aumento dell'intensità cromaffine.

Nel digiuno lento la midollare si mostra ora iperfunzionante, ora inattiva, come esaurita a seconda del grado di diminuzione del peso del corpo.

A. DIAN.

Le date 1911 e 1912 alle pag. 346 e 347 dello scorso numero debbono essere invece 1912 e 1913.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La bacteriuria eberthiana nella febbre tifoide.

La conoscenza delle localizzazioni extraintestinali dell'infezione eberthiana, la prova culturale della setticemia ebertiana specialmente nella prima settimana, hanno trasformato il concetto della malattia, ed hanno richiamato l'attenzione dei ricercatori allo studio del contenuto bacterico delle urine.

Subito la batteriuria eberthiana fu concordemente confermata da varie parti, e, mentre per il passato si era creduto che il bacillo tifico si ritrovasse nelle urine solo nelle complicanze renali della malattia (Besson), si mutò opinione dinanzi alla frequenza del reperto: il bac. di Eberth passa nell'urina non solo durante la febbre tifoide anche non complicata, ma può perdurare dopo la guarigione durante la convalescenza e per molti mesi ed anni dopo, la presenza del bacillo di Eberth può presentarsi anche nel sangue e nelle urine di individui per altro sani (portatori di germi sani), i quali da un focolaio epidemico hanno preso il germe e lo albergano innocuo per sè, virulento per gli altri. Sebbene in numero meno grande dei portatori intestinali, i portatori urinari sono assai frequenti: anche questi, senza che la ragione del fatto sia nota, presentano un'eliminazione intermittente e perciò frequentemente sfuggono al ricercatore.

Dopo che fu dimostrata per indagini di laboratorio ed epidemiologiche la virulenza del bac. di Eberth dei portatori intestinali ed urinarî, la ricerca del germe da una parte e la profilassi dell'altra sono divenute elementi necessarii alla difesa sociale.

La ricerca del bacillo di Eberth nelle urine richiede tecnica bacteriologica esatta: l'urina deve essere presa dalla vescica previa scrupolosa disinfezione del meato uretrale. Come consiglia Philibert (*Le Progrès méd.*, giugno 912), raccolta l'urina in un recipiente sterile, si aggiunga ad essa qualche goccia d'un siero fortemente agglutinante; quindi si centrifughi; si raccoglie il sedimento con pipetta sterile e si semina su terreno appropriato (Drigalski e Conradi, Endo, Gathgerj, agaar fenico, lactosato).

Si può anche usare il metodo consigliato di Ficker il quale suole addizionare all'urina delle sostanze le quali s'oppongono allo sviluppo dei germi esclusi il tifico ed il paratifico (caffeina-cristalvioletto, peptone cloruro sodico).

Da tali nozioni deriva un corollario importantissimo per la difesa sociale: le urine dei tifosi e dei convalescenti devono essere trattate come le feci: il solfato di rame risponde bene allo scopo. Bisogna ricordare come contagiosa possa essere l'acqua di bagno dei tifosi, i quali durante il bagno hanno delle minzioni involontarie.

Per i portatori convalescenti e sani, per questi pericolosi seminatori di germi, l'opera dell'igienista diviene più difficile; è stata tentata la sterilizzazione di essi con varie sostanze medicamentose (urotropina, joduro di potassio, acido arsenioso) ma tutti questi metodi sono infedeli; nel dominio della profilassi dei portatori di bacilli, giustamente osserva il Sacquepée, tutto rimane da fare. :. p

Sulla presenza dei bacilli del tifo nella cavità orale dei tifosi.

Secondo Purjesz e Perl (*Wien klin.Wochenschrift*, n. 40), negli ammalati di tifo addominale si riscontrano sul palato, sulla lingua e sulle tonsille delle ulcerazioni, le quali sia per la forma sia pel processo di guarigione sono simili a quelle che si trovano negli intestini e tanto in esse come nei frequenti ascessi periostei si son potuti dimostrare i bacilli tifosi. Nella patina delle tonsille e nella lingua Monicatide e v. Drigalski hanno potuto ottenere in più della metà dei casi la coltura pura dei bacilli stessi, che ha dato finora risultati vari solamente nel periodo febbrile della malattia.

Ritenendosi oggi il tifo addominale come una infezione generale e potendosi nella prima settimana far quasi sempre la coltura del bacillo tifoso dal sangue, si può dire *a priori* che, come nelle deiezioni e nell'urina, così anche nei secreti della cavità orale sia dimostrabile il bacillo specifico. E la prova positiva durante tutto il periodo della malattia è anche di grande importanza. L'A. ha potuto quattro volte su 7 casi ottenere la coltura pura tanto dalla patina delle tonsille che da quella dei denti, sia nei casi lievi che nei gravi e tali risultati li ha anche ottenuti nel periodo della convalescenza. Nello stadio febbrile si ebbe risultato positivo in più della metà dei casi e nella convalescenza dalla patina dei denti nel 50 % dei casi e da quella delle tonsille nel 20 %.

Il risultato di tali osservazioni ha grande importanza dal punto di vista diagnostico, tenendo conto che la coltura positiva può esser dimostrabile all'inizio della malattia e che (come è stato dimostrato da molti) l'esame delle feci nel 50% dei casi ha dato risultato negativo. Il fatto poi che anche nella convalescenza più tarda si può ottenere la coltura pura del bacillo tifoso ha indubbiamente grande importanza dal punto di vista profilattico ed epidemiologico.

Dott. DE CHIARA.

La presenza del bacillo del tifo nella saliva, del bacillo difterico nelle urine.

La conoscenza delle vie di eliminazione dei germi patogeni si è allargata dacchè le ricerche di laboratorio hanno potuto sicuramente dimostrare che alcune malattie ritenute per il passato come tossiemie da localizzazione in organi determinati del germe non erano che costantemente alcune, eccezionalmente altre delle vere setticoemie.

Nel tifo alle vie ormai note se ne deve aggiungere un'altra poco nota, ma importante per le norme di profilassi sociale.

Già avevano dimostrato la presenza del b. di Eberth nella bocca quando esistevano ulcerazioni bucco-farigee, le ricerche di Bendix e Bickel, di Mya, di Blum.

Recentemente Gould e Girales avevano potuto dimostrare la presenza del b. del tifo nella saliva di convalescenti di febbre tifoide.

B. Purjesz e O. Perl (Ueber das Vorkommen der Typhusbazillen in der Mundhöhle bei Typhuskrankeit. *Wiener klin. Wochen.*, N. 40, 1912), hanno ripreso lo studio della questione prelevando il materiale d'esame con piccoli tamponi sterilizzati dalle tonsille e dai denti, dando la preferenza tra questi ultimi ai denti cariati e alle radici. Il tampone è tenuto in brodo per 48 ore e questo poi semenzato in Drigalski; le colonie sospette sono state identificate con le reazioni specifiche e specialmente con l'agglutinazione.

I risultati ottenuti dimostrano che nel 60 % dei casi si può isolare il bacillo del tifo durante la malattia, siano i malati leggeri o gravi.

Durante la convalescenza i resultati sono stati diversi a seconda che il materiale esaminato proveniva dalle tonsilie o dai denti cariati. Da questi ultimi il b. del tifo si è potuto isolare cinque volte su dieci, dalle tonsille in tre casi su dieci.

La importante constatazione potrebbe avere un valore diagnostico, ma la necessità di una tecnica precisa e di mezzi di laboratorio non la fanno certo preferire alla reazione di agglutinazione e ai segni clinici; ma ha certo una considerevole importanza igienica, poichè il tifoso sarà pericoloso non più solo per le feci, per le urine, ma anche per la saliva; e, prescindendo dagli eventuali contatti boccali, causa di trasmissione diretta, le epidemie familiari e locali si possono determinare facilmente con l'inquinamento delle bevande e degli alimenti.

Il bacillo della difterite, ritenuta per lungo tempo la più classica delle infezioni localizzate con tossiemia, è stato, certo eccezionalmente, dimostrato nel circolo sanguigno. Ricerche recenti di Conradi e Bier hanno rivelato il bacillo di Löffler nelle urine dei malati di difterite (54 casi positivi su 155 esaminati).

Il bacillo difterico dunque non raramente passa nelle urine; queste possono determinare contagio contenendo talora il germe della malattia.

i. p.

CASISTICA.

Sifilide del cuore e dei vasi.

La diagnosi della sifilide del cuore e dei vasi deve essere basata sulle stesse considerazioni che ci servono per la diagnosi di altre manifestazioni sifilitiche. Giacchè, come il Richter dimostra (*Med. Rec.*, 5 ottobre 1912), il cuore ed i vasi sanguigni affetti da lesioni sifilitiche non presentano segni clinici assolutamente caratteristici. Il nostro sospetto potrà avere una conferma quando si tratti di pazienti in età presenile, quando le lesioni sono soprattutto aortiche e si è determinata una insufficienza aortica, potendo però escludere con certezza un'endocardite acuta. La reazione di Wassermann ha dimostrato che la sifilide nelle affezioni aortiche entra come fattore patogenetico più frequentemente di quello che era stato ammesso finora; d'altra parte bisogna ricordarsi che in tali casi mancano altre localizzazioni sifilitiche, che i primi sintomi si sono presentati dopo trenta e più anni dall'infezione e che è interceduto un periodo di completo benessere.

In ogni caso di affezione cardiaca o vasale con reazione di Wassermann positiva ci si presenta però sempre il problema: sono i sintomi dovuti realmente alla sifilide o ad altre cause complicanti, quale endocardite reumatica o arteriosclerosi precoce? Qui l'intuito diagnostico giova più di tutti gli esami di laboratorio.

Un'altra questione che si presenta in tali casi è: sono i sintomi dovuti ad un processo di sifilide in atto ovvero si tratta di lesioni parasifilitiche analoghe a quelle che si verificano nella tabe o nella paralisi progressiva? In tali casi una analisi accurata di tutti i sintomi può aiutarci a risolvere la questione.

La prognosi delle affezioni cardio-vascolari di natura sifilitica non è assolutamente infausta, dipende soprattutto dall'estensione e dall'importanza delle parti colpite: una guarigione, al contrario di ciò che si verifica nell'arteriosclerosi senile, non è rara.

Per quel che si riferisce alla cura non vi è nulla di nuovo da aggiungere. La terapia specifica è utile in molti casi, anche il salvarsan è stato somministrato da molti con eccellenti risultati. La digitale ed i suoi derivati spesso falliscono, invece risultati migliori si hanno dai buoni preparati di strofanto. Lo iodio in tutte le forme arreca sempre vantaggio ai pazienti: esso agisce forse diminuendo la viscosità del sangue e favorendo così il lavoro del cuore.

La terapia intravenosa (digalen, digipuratum, strofantina) in casi appropriati dà risultati spesso sorprendenti. Nell'angina di petto i nitriti e le iniezioni ipodermiche di adrenalina o pituitrina hanno effetto solamente temporaneo e, specialmente le ultime due, sono indicatissime nell'asma cardiaco. La stricnina non ha azione diretta sul cuore.

Le altre indicazioni terapeutiche sono identiche a quelle degli altri vizi cardiaci: anche la terapia fisica, sebbene di difficile applicazione, potrà giovare in molti casi. P. A.

Dysbasia arteriosclerotica e piede piatto.

Ognuno conosce la sintomatologia della claudicazione intermittente: dolori che insorgono nel cammino in corrispondenza del calcagno e che divengono così forti che il paziente è costretto ad arrestarsi. Nel riposo mancano di regola i dolori: le estremità colpite presentano per lo più atrofia muscolare, sulle arterie colpite dal processo arteriosclerotico è difficile avvertire la pulsazione, ovvero questa manca del tutto Il Brandenstein (*Berl. klin. Woch.*, n. 43), descrive la stessa sintomatologia in individui affetti da piede piatto bilaterale, però non afferma decisamente un rapporto patogenetico di questa affezione sulla sindrome descritta.

Nei tre casi descritti dall'A. esistevano alterazioni arteriosclerotiche dei vasi periferici non però di grado tale di giustificare la sindrome di *dysbasia intermittens*.

Il Brandenstein pensa che il piede piatto in certi casi possa contribuire alla fenomenologia in parola, infatti il Wieniger ha notato vantaggi dall'uso di scarpe adattate: però nei casi descritti dall'A. la cura ortopedica peggiorò i disturbi; invece questi si attenuarono con somministrazione di ioduro di potassio, coi cardiocinetici e colle compresse calde. P. A.

Contributo anatomico allo studio del cuore nei fibromi uterini.

M. Neu e A. Wolf (*Münch. Mediz. Wochen.*, gennaio 1912), negano delle peculiari alterazioni del muscolo cardiaco in rapporto con la presenza di miomi uterini.

Gli AA., dallo studio di sei casi concludono che non si ritrovano all'esame anatomo-istologico alterazioni tali da giustificare l'entità da alcuni create col nome di *Myomherz*: essi hanno riscontrato atrofia bruna del cuore, degenerazione grassa o la combinazione dei due processi regressivi; le lesioni non avevano però nulla di uniforme e differivano da un caso all'altro; simili ad esse possono essere determinate da processi morbosi di altra natura.

Il rapporto con la presenza del tumore uterino si poteva ammettere, ma un rapporto indiretto: le alterazioni della fibra miocardica erano la conseguenza dell'anemia portata dalle emorragie persistenti uterine, erano il segno talora dello stato di consunzione in cui le malate cadevano.

Non dunque *Myomherz* ma degenerazione grassa o atrofia bruna per anemia da emorragia o per cachessia. *t. p.*

TERAPIA.

Le basi dell'organoterapia.

L'organoterapia non ha corrisposto nei suoi risultati alle speranze in essa riposte. Il Münzer (*Berl. klin. Woch.*, n. 43), esamina la questione dal punto di vista critico e ritiene che in avvenire all'organoterapia spetterà un posto non indifferente nella pratica medica. L'opoterapia infatti come oggi si pratica è un metodo grossolano, giacchè essa non tiene conto del fatto che nell'estratto di un organo accanto alla sostanza attiva esiste un'infinità di altre sostanze estranee e d'altra parte non considera che l'azione dei succhi intestinali può modificare notevolmente l'azione terapeutica: anzi c'è da meravigliarsi come dalla cura tiroidea otteniamo talora risultati meravigliosi. Probabilmente, pensa l'A. nel succo tiroideo è contenuta tale quantità di principio attivo per cui una certa parte di esso sfugge all'azione distruttiva dei fermenti intestinali ed esercita la sua azione specifica sull'organismo. Se questo principio fosse corrispondente ai fatti si avrebbe una riprova dai risultati delle esperienze che l'A. propone di fare.

Egli pensa che in base ad antagonismo pluriglandolare si può coll'estirpazione di una glandola a secrezione interna aumentare il potere specifico dell'altra glandola endocrina antagonista

così la stessa quantità di estratto di organo può contenere un principio elettivo di gran lunga più efficace.

L'A. quindi ritiene necessario di estirpare sempre sugli animali da cui si estraggono gli organi destinati all'opoterapia quelle glandole endocrine che agiscono in modo antagonista un certo tempo prima in modo che si stabilisca un notevole aumento del potere funzionale dell'organo in parola.

P. A.

Patogenesi e cura della malattia di Addison.

La patogenesi della malattia di Addison permane oscura in parecchi punti, allo stato attuale delle cognizioni si può solo affermare che i sintomi più caratteristici di questa affezione ed in special modo l'ipotensione arteriosa e l'astenia siano dovute alla distruzione delle capsule surrenali.

Gli addisoniani profondamente astenici non sopportano alcuna fatica od alcuno sforzo muscolare, essi non chiedono altro che di rimanere in perfetto riposo, poichè l'astenia costituisce in tal caso una specie di sintoma di difesa. L'adrenalina, scoperta nel 1901 dal chimico Catamine, è elaborata dalla porzione midollare delle capsule surrenali ed esercita un'azione neutralizzante sui veleni ingenerati dagli sforzi muscolari. D'altro canto, siccome l'adrenalina diminuisce in molti casi di intossicazione e specialmente nella malattia di Addison, si comprenderà facilmente che gli addisoniani s'intossichino più considerevolmente in seguito ad ogni sforzo muscolare. Bisogna pertanto che tali soggetti evitino ogni fatica e restino in letto nel più assoluto riposo.

Gli addisoniani sono più di ogni altro soggetto predisposti a contrarre tutte le malattie infettive, in forma molto spesso letale; da ciò scaturisce la necessità di isolare questi malati nelle cliniche e negli ospedali.

Sempre partendo dallo stesso principio bisogna evitare di prescriver loro medicinali tossici, quali l'arsenico e la stricnina: inoltre la narcosi, sia cloroformica che eterea, è molto mal sopportata.

In quanto ad una cura propriamente detta, si può senza tema di smentita affermare che non ne esista alcuna. Nei casi in cui vi è certezza o sospetto di lues si ricorrerà alla cura specifica; se vi è concomitanza di tubercolosi faremo largo uso di ricostituenti, ricordandoci a questo proposito che gli addisoniani sopportano benissimo i preparati di fosforo e la lecitina in specie.

L'opoterapia ha dato dei risultati molto contraddittori, e talora negativi, purtuttavia qualche volta sotto la sua influenza si è potuto constatare diminuzione dell'astenia, innalzamento della pressione arteriosa ed in un caso riferito da Faisans, scomparsa della melanodermia.

Circa le norme da seguire nell'opoterapia surrenale è da ricordare in primo luogo che bisogna usare le glandole surrenali di vitello o di montone, mai di bove. Se si adopera la glandola fresca la si somministri sminuzzata dentro un brodo od incorporata in una *purée* alla dose di 2-3 grammi *pro-die*. Si può ancora servirsi dell'adrenalina al ‰ cominciando da 10-15-20 gocce *pro die* per arrivare a 30-35 gocce; dopo 15 giorni si sospende la cura, per riprenderla in capo a dieci giorni, però le glandole surrenali fresche sono terapeuticamente preferibili all'adrenalina.

L'opoterapia costituisce l'unico mezzo curativo di una qualche efficacia, non per guarire, ma per migliorare una malattia grave di natura tubercolare e intimamente connessa ad una distruzione fatalmente progressiva delle capsule surrenali.

TR.

(BLONDEL, *R. de Thérapeutique M.-Ch*, 15 ott. 1911).

Cura delle emorragie col sangue defibrinato.

Son ormai noti i risultati ottenuti nelle emorragie di natura diversa con l'uso del siero di sangue; John (*Münch. med. Woch*., 1912, n. 40), invece del siero, usa il sangue defibrinato, con effetti egualmente utili.

La tecnica è le seguente: estrae asetticamente da una vena del braccio di un individuo sano 40 cmc. di sangue circa, e lo agita in un palloncino di vetro sterile ontenente delle perline di vetro; dopo qualche minuto separa il sangue dal coagulo fibrinoso, e pratica iniezioni intramuscolari del sangue così defibrinato, che ripete per due o tre volte con l'intervallo di due giorni. In sei casi di enterorragia da ulcerazione tifosa, il John ottenne brillanti risultati. Iniezioni di siero ripetute l'A. ha poi tentato in casi di diatesi emorragica da reumatismo articolare acuto, ed in un caso di anemia perniciosa: in entrambe le malattie l'effetto sulle crasi sanguigne e sui fatti locali fu evidente.

t. p.

IGIENE

L'igiene sessuale.

È un argomento di moda quantunque non possa proprio venir considerato come una novità. In questi ultimi tempi però si è intensificato il lavoro di propaganda per mostrarne al pubblico la importanza e l'illustre senatore Foà se ne rese l'apostolo. Evidentemente è una questione delicata; ed anzi dirò che è una di quelle questioni delle quali il pubblico desidera che non si parli..... in pubblico. In privato poi! Quante discussioni e quante..... come dire?..... inesattezze.

È poi specialmente ai fanciulli che, in modo assoluto, è vietato parlarne. Disgraziatamente anche persone d'ingegno, anche scrittori eleganti, forniti di cultura non comune e conoscitori dell'animo umano condividono le opinioni della maggioranza. Difatti in uno degli ultimi numeri del *Giornale d'Italia*, Giulio De Frenzi, dopo avere tanto argutamente e giustamente approfondito alcuni dati della psicologia del fanciullo elogiandone le qualità per le quali è superiore all'adulto, si rammarica e teme che ora lo si voglia corrompere: « anche l'igiene sessuale vogliono insegnargli! ».

Ecco: quella dell'igiene sessuale è una materia un po' vasta che può andare dalle descrizioni porno-scientifiche del Krafft-Ebing o del marchese De Sade, al modo di preparare una zuppa di farina lattea o di pulire il biberon. È questione di vedere che cosa si vuol insegnare ai fanciulli. E per darne un esempio: vogliamo noi continuare ancora a raccontare loro che i bambini sono comprati sul mercato dalla levatrice o che sono portati da paesi lontani lontani da una cicogna?

A quale scopo raccontare tante storielle? Se anche qualche fanciullo meno intelligente per un po' di tempo presta fede alla storiella, si può considerare questo come un risultato utile? Per i genitori, certo, è un modo facile per evitare una risposta imbarazzante; ma ben presto nella mente del fanciullo sorgono i primi dubbi ed assieme a questi, l'idea che il padre e la madre hanno voluto nascondergli qualche cosa. Dunque, conclude il fanciullo nella sua testina, è una cosa della quale non si deve parlare; è una cosa cattiva e vergognosa.

Non è necessario essere un psicologo profondo per arrivare da queste premesse alla conclusione che la curiosità del fanciullo sarà allora maggiormente eccitata e, non azzardandosi più a ripetere la domanda ai genitori, si rivolgerà ai compagni più grandicelli o, come avviene tanto spesso, alle persone di servizio. Ed ecco che una cosa, che si è voluto così gelosamente tener nascosta, viene resa palese e spesso nel modo più brutale ed eccitante.

Che cosa ci sarebbe di male se un padre od una madre, senza entrare in particolarità non richieste nè necessarie, e con parole semplici e franche, esprimessero ai loro figliuoli le nozioni fondamentali della generazione? Ecco in questo caso ciò che io credo sufficiente e facilissimo a dire ad un bambino:

« Tutto ciò che è vivente nel mondo, come le piante, gli animali e gli uomini, tutto nasce, vive e muore più o meno nello stesso modo. Anche fra le piante, come fra gli animali e gli uomini, vi sono maschi e femmine. I semi che si formano nei fiori delle piante femmine sono destinati a dare origine ad una nuova pianta uguale a quella che ha prodotto questi semi. Però non basta che la pianta femmina abbia fatto il seme: è necessario che una pianta maschio le stia vicino e che l'aiuti in questo suo lavoro altrimenti il seme non germoglierà, non darà origine alla nuova pianticella. Dal corpo della pianta del maschio parte perciò una polvere sottilissima detta polline e che per mezzo dell'aria arriva sul seme. È questa polvere che completa il seme e che dà ad essa la forza di farvi sviluppare la nuova pianticella.

Negli animali la cosa si verifica in un modo molto simile. Le galline fanno le uova: queste, se la gallina è stata sempre sola e non ha vissuto in compagnia di un gallo, non sono capaci di dare origine ad un pulcino. Se invece la gallina vive insieme ad un gallo, accadrà lo stesso fatto che abbiamo veduto per le piante: dal corpo del gallo parte come una polvere, con polline speciale, che fa sì che nell'uovo si sviluppi il pulcino. Non basta però: la gallina deve mantenere l'uovo in caldo, per parecchio tempo lo deve covare.

Anche la nascita degli uomini si verifica più o meno nello stesso modo. La donna da sola non è capace di far nascere un bambino; è necessario, come per le piante e per gli animali, che essa viva insieme ad un uomo, al marito. Allora accade che nel ventre della donna, piano piano si sviluppa un piccolo bambino che, anch'esso come il pulcino, ha bisogno di essere tenuto caldo, di essere covato. La madre perciò se lo tiene nel ventre per parecchi mesi e per mezzo del suo sangue lo nutre durante tutto questo tempo e lo fa crescere e sviluppare.

Quando lo sviluppo è sufficiente ed il bambino ha acquistato forze bastanti per poter vivere da sè, allora il ventre della madre si apre, il bambino esce fuori e la madre, non più col suo sangue, ma col suo latte, continua a nutrirlo ».

In qual modo un discorso di tal fatta potrebbe recare offesa o turbamento nell'anima ingenua di un fanciullo o di una vergine anche la più candida?

Questo è quello che noi domandiamo che venga insegnato al fanciullo: sarà in seguito, nel periodo della pubertà e negli anni seguenti, che dovranno essergli esposti in modo semplice e chiaro i pericoli provenienti da pratiche viziose e le nozioni fondamentali sulle malattie infettive e contagiose.

O dobbiamo ancora lasciare che il fanciullo arrossisca e perciò tanto più continui ad almanaccare su qualsiasi anche più semplice questione sessuale? « Natura veneranda est, dice Tertulliano, non erubescenda ». S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(84) *Carie dentale nella prima infanzia.* — Prego caldamente di volermi rispondere nella « Posta degli abbonati » alla seguente domanda di odontoiatria:

Un bambino di tre anni, sano, robusto, nato a termine, senza alcuna tara ereditaria nè malattie pregresse, allattato dalla madre fino a dieci mesi; dai dieci mesi fino a due anni e mezzo allattato da una giovane nutrice di robusta costituzione senza malattie degne di nota, ma soltanto coi denti tutti guasti e cariati.

Il bambino presenta i suoi dentini bianchi, normali, tranne i quattro incisivi superiori, che son gialletti, cariati, privi di corona sì che le radici son quasi a livello delle gengive, che spesso in seguito a raffreddamenti van soggette ad infiammazioni.

Ora si debbono estrarre queste radici cariate oppure no?

Estraendosi non si verrebbero a restringere gli alveoli in modo da danneggiare la seconda dentizione?

Non estraendosi, la carie non si potrebbe propagare lo stesso alla seconda dentizione?

Questo desidero sapere, e vivamente la ringrazio. *Devotissimo*

Dott. GIOVANNI BUTERA.

Decollatura (Catanzano).

Nel caso da Lei esposto è necessaria l'estrazione delle radici degl'incisivi temporanei cariati, giacchè l'infiammazione, a cui, come Ella dice, vanno soggette le gengive in seguito a raffreddamenti, indica che vi è in atto intorno all'apice radicolare un processo infettivo cronico, il quale durante una grave riacutizzazione potrebbe estendersi per diffusione anche ai tessuti dei denti permanenti, che ora sono in via di formazione, e danneggiarli. Il riassorbimento degli alveoli dei denti temporanei, che naturalmente avverrà, non può danneggiare la dentizione permanente, perchè la radice di ogni dente permanente forma intorno a sè il proprio alveolo, mentre tanto le radici come gli alveoli dei denti temporanei vengono normalmente distrutti a mano a mano che si avanzano le corone dei denti permanenti. A. C.

(85) *Sul neosalvarsan.* — Desidererei sapere dove posso trovare la letteratura concernente il neosalvarsan, quali dosi debbono usarsi nella cura della sifilide e se ha dato fino ad ora buoni risultati e gli inconvenienti lamentati per il « 606 ».

Ringraziamenti. Dott. LUIGI PARODI.

Cusano sul Seveso (Milano).

Legga l'articolo del dott. I. Ullmann nel fascicolo 50 del 1912.

R. B.

(86) *Iniezioni sottocutanee di ossigeno.* — Prego sapermi dire dove potrei leggere la tecnica per le iniezioni sottocutanee di ossigeno, metodo che recentemente ha ripreso vigore e che si è dimostrato ottimo nelle differenti applicazioni.

Con ossequi.

XXX-P.

Per la tecnica delle iniezioni sottocutanee di ossigeno può riscontrare i lavori del Bayeux che sull'argomento vanta una larga esperienza. L'apparecchio pefezionato è costruito da Jules Richard (Paris) e il modo di funzionare è riferito dal Cailletel nella seduta dell'*Académie des Sciences de Paris* del 20 novembre 1911. Il Bayeux a più riprese ha pubblicato sull'argomento (Bull. de l'Ac. de médecine de Paris, 5 dic. 1911. Congresso internazionale contro la tubercolosi, Roma, 1912. Annales de médec. et chir. infantiles, 15 dic. 1912).

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

v. NOORDEN e JAGIC. **Die Bleichsucht.** Wien, Holder, 1912, 2ª ediz. M. 6.80.

Questa monografia, che non è che una ristampa della parte del trattato di v. Noorden che parla della clorosi, si può considerare come l'ultima parola su questa malattia, giacchè in essa vi è un'ampia esposizione di tutte le questioni più moderne che alla clorosi si riferiscono. Gli AA. si attengono alla definizione della clorosi del v. Noorden, che la considera come un'anemia dovuta a diminuzione del potere funzionale degli organi ematopoietici per una lesione di natura ancora non conosciuta.

La patologia e la terapia della clorosi vengono trattate in forma chiara e semplice.

P. A.

E. BEZANÇON et S. I. DE JONG. **Traité de l'examen des Crachats.** 1 vol. in-8°, di pag. XX-412, Paris, Masson e C.ie éditeurs, 1913. Fr. 10.

Era utile e desiderabile una « messa a foco » di questo capitolo fondamentale della semeiologia, considerandone non soltanto i risultati immediati, ma anche i rapporti multipli con i problemi scientifici e clinici che vengono sollevati dallo studio della patologia delle vie aeree.

Le ricerche degli autori hanno fatto riconoscere loro che l'espettorato rappresenta, in realtà, un « calco » relativamente fedele delle lesioni anatomopatologiche dell'albero respiratorio. Partendo da questo principio, essi hanno creato, di sana pianta, un metodo.

Si soffermano dapprima sulla tecnica e sullo studio generale degli espettorati; compiono poi uno studio speciale degli espettorati nelle diverse affezioni delle vie respiratorie; terminano con una esposizione diligente sull'espettorato tubercolare.

Il lavoro è illustrato da otto superbe tavole a colori, eseguite dai preparati quali si presentano alla luce artificiale, poichè questa rende la metacromasia particolarmente netta.

y.

Ph. CHASLIN. **Éléments de Sémiologie et Clinique Mentales.** Asselin et Houzeau. Fr. 18.

Lo scopo fondamentale di questo trattato è il carattere essenzialmente pratico: esso è costituito da osservazioni cliniche e da dati di semeiologia e quindi oltre ad essere utile ai medici specialisti lo è soprattutto ai medici generali obbligati talora ad improvvisarsi alienisti ed anche al filosofo che studia le affezioni mentali con uno scopo psicologico. Nel libro non esistono teorie ma solo fatti; è una raccolta di documenti vissuti, un'esposizione di elementi fondamentali senza dati storici o bibliografici. L'A., basandosi sul fatto che in psichiatria, accanto a tipi clinici ben separati clinicamente, esistono altri difficili ad essere classificati, alla fine dell'esposizione dei tipi clinici ben determinati espone le osservazioni su cui non è facile porre una etichetta ordinaria. Il trattato è elegantemente rilegato in tela.

P.

L. FERRANNINI. **Manuale di semejologia medica fisica e funzionale.** Napoli, libr. Detken e Rocholl, 1913. L. 7.

Un manuale di semejologia medica, che, in piccola mole, riunisca tutti i mezzi d'indagine antichi e moderni, atti ad illuminare il medico nell'esame del malato, presenta le difficoltà e i disagi delle opere sintetiche in argomenti che subiscono evoluzione progressiva nel decorso del tempo: la necessità di esser brevi e di non trascurare nulla, il dovere di essere chiari, piani sì da adattarsi alle menti anche digiune di problemi ancora troppo recenti sono ostacoli, sormontabili solo da chi abbia chiara la percezione delle sintesi delle questioni e sia fornito di una precisa tecnica di esposizione ordinata. Con vivo desiderio ho cercato nel volume del Ferranini lo svolgimento di qualche capitolo che tanto più apparisce interessante in quanto il titolo suggestivo trova il suo svolgimento nel libro in poche paginette; così delle generalità nella radiografia e radioscopia dei capitoli speciali sulle radiografie, l'esame funzionale del cuore e degli altri organi, dell'esame biologico del sangue; la lucida chiarezza che alla brevità della dizione è accoppiata desta un vero senso di ammirazione.

L'avere aggiunto alle salde vecchie conoscenze semejologiche, i tentativi nuovi che tanta messe di buoni resultati hanno dato e promettono, la scelta oculata tra i più recenti lavori, la rinunzia alle interminabili discussioni teoretiche, con l'occhio che mira allo scopo unico di dilucidare la figura del malato, sono i pregi che risaltano meglio alla mente di chi legge il manuale.

Esso sarà utile agli studenti, ottimo *vademecum* del medico, resta esempio imitabile perchè le scuole italiane anche nei libri scolastici si rendano indipendenti da vecchie servitù, e l'opera scientifica italiana sia valutata nel suo giusto valore.

l. p.

Pubblicheremo prossimamente:

V. FUSCO: Del valore profilattico del segno di Köplik nella infezione morbillosa.

D. FABRICCI: Del rapporto eziologico fra trauma e tubercolosi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le condizioni dei medici militari.

Con la stessa imparzialità con la quale pubblicammo nel n. 7 del nostro giornale una lettera firmata *alcuni ufficiali medici del R. Esercito*, diamo posto a queste che le rispondono nelle quali, come nella prima, vi sono frasi che riteniamo di eccessiva crudezza. Nulla crediamo di dover aggiungere per conto nostro sull'argomento speciale degli ufficiali medici richiamati; ma sulla questione più larga e d'interesse generale dei miglioramenti dovuti ai corpi sanitari militari pensiamo convenga continuare il dibattito, che abbiamo iniziato nel decorso fascicolo con l'esame del disegno di legge presentato alla Camera dei deputati dall'on. ministro della marina sull'*ordinamento dei Corpi militari della Regia Marina*.

C.

Onorevole Signor Direttore,

Nel n. 7 del *Policlinico*, sez. pratica, leggo una lettera anonima, in cui l'autore, qualificandosi ufficiale medico del R. Esercito, lancia l'accusa di krumiraggio contro gli ufficiali medici richiamati, che attualmente prestano servizio nel corpo sanitario militare.

Poichè è specialmente nell'ospedale militare di Napoli, che gli ufficiali medici richiamati hanno prestato e prestano tuttora servizio e poichè uno di costoro sono io, vorrá consentirmi il dritto di difendere i miei colleghi e me stesso dalla abominevole accusa.

Anzitutto io chiedo, se il medico che dietro formale invito del Ministero presta la sua opera a pro' di soldati reduci dalla guerra (e che tale opera è tenuto a prestare, perchè trovasi inquadrato nell'esercito, di cui altra volta ha fatto parte ed a cui è tenuto ritornare in tempo di guerra o di necessità, perchè in congedo provvisorio) debba considerarsi come un krumiro o non sia semplicemente un uomo, che compie il suo dovere di cittadino e di medico?

E se per l'adempimento di tale dovere egli ha dovuto abbandonare o trascurare non giá un'inospite condotta, o una sedia sgangherata di farmacia, o un remoto *fonduk*, ma un'invidiata posizione ospedaliera, una cattedra pareggiata in una grande universitá, un'eminente fortuna professionale e privata, è meritevole di disprezzo o dell'ammirazione dovuta a chi sacrifica i suoi privati interessi al bene della patria?

Tale è il caso dei miei compagni e mio, che all'inizio della campagna libica invitati formalmente, ci siamo tenuti onorati di far parte dell'esercito e di curare i nostri valorosi soldati, accompagnandoli fin sul teatro della guerra, riconducendoli in patria ammalati o feriti e qui curandoli amorevolmente con enorme lavoro e sacrifizio perchè mentre si era in numero di sanitari quattro o cinque volte inferiore a quello dei tempi ordinari, il movimento di ammalati era molte e molte volte superiore atteso la mobilitazione, il richiamo di varie classi, il passaggio delle truppe destinate in Libia, il rimpatrio dei feriti e degli ammalati dal teatro della guerra.

Eppure a cosi straordinario lavoro ottemperammo con soddisfazione dei nostri superiori e di alti ed augusti personaggi, che vennero a visitare i reparti e gli ammalati a noi affidati.

Non certo il temporaneo urbanesimo o il meschino guadagno, di che parla l'anonimo, ma un sentimento per lui incomprensibile e che si chiama *amor di patria* poteva legarci all'esercito. L'alta posizione sociale di tutti i miei compagni basterebbe a dimostrarlo.

Gli ufficiali effettivi, coi quali in tutte le occasioni abbiamo sinceramente fraternizzato, hanno sempre mostrato di vagliare altamente l'aiuto, che ad essi da noi veniva apportato. Essi sapevano d'altronde, che il nostro temporaneo richiamo in servizio non poteva pregiudicare in nulla la loro carriera; laddove, se il Ministero si fosse valso della facoltà datagli dalla legge di assumere in servizio di ufficiali medici effettivi e con qualunque grado medici borghesi, le promozioni di alcuni di essi avrebbero potuto esserne notevolmente ritardate.

Pertanto non è neanche lontanamente supponibile che un ufficiale medico abbia scritto quella lettera perchè non poteva un medico misconoscere i proprii interessi, e un ufficiale scambiare il krumiraggio col patriottismo.

La lettera in parola non può essere che l'opera di un denigratore, che ha voluto tentare di gettare il pomo della discordia fra gli ufficiali medici effettivi, e quelli che essendo stati richiamati in occasione della guerra, e trattenuti per le conseguenze di essa, hanno adempito ed adempiono serenamente il loro dovere verso la patria.

Ringraziandola a nome dei miei colleghi della ospitalità, che per cortesia e per debito d'imparzialità vorrà dare a questa rettifica, mi dichiaro

Ospedale militare di Napoli, 22 febbraio 1913.

Dott. NINO SMIRAGLIA

già medico coadiutore negli Ospedali uniti, professore pareggiato di patologia generale nella R. Università di Napoli, tenente medico richiamato.

***

Egregio dott. Cajus,

Sono a mia volta a chiederle ospitalità per due righe di risposta al noto articolo sulle condizioni dei medici militari comparso nel fascicolo 7° del *Policlinico* di quest'anno, e sicuro di ottenerla le anticipo i più sentiti ringraziamenti.

Quest'articolo, malgrado il benevolo commento di V. S., ha prodotto una ben triste e penosa impressione. Ha fatto specialmente meraviglia che quei Signori non abbiano disdegnato nascondersi dietro l'anonimo per potere impunemente non solo intaccare l'opera del Ministro, ma scagliare ancora un volgare insulto contro ufficiali medici, che, siano di complemento o della territoriale o della riserva o in posizione ausiliaria, non sono certo meno di loro degni di stima, nè meno di loro degni di portare l'onorata divisa.

Con qual diritto e con qual veste si siano essi permesso di gratificare dell'ingiurioso epiteto di *krumiri* i loro colleghi in congedo, che di buon grado si prestarono e si prestano a colmare le lacune del servizio sanitario nell'esercito, davvero non si comprende nè si spiega dal momento che un boicottaggio nel senso da loro inteso e che, date le circostanze, oltre che antipatico sarebbe stato irragionevole ed antipatriottico, non è stato mai, nè sarà, come è a sperarsi pel buon nome e per le belle tradizioni del corpo sanitario militare, mai proclamato.

Quei Signori non possono infatti ignorare:

che il Ministro della guerra può sempre richiamare in servizio temporaneamente gli ufficiali in congedo;

che di tale facoltà egli può valersi non solo per gli ufficiali medici ma per quelli anche degli altri corpi ed armi;

che non per questo gli ufficiali in servizio permanente degli altri corpi ed armi hanno mai fatto il broncio ai loro colleghi in congedo, nè mai in tale provvedimento hanno creduto di ravvisare una menomazione dei loro diritti, un ostacolo alla loro carriera;

che gli ufficiali in congedo avendo accettata tale posizione sono moralmente impegnati — tale impegno equivale per loro ad un impegno d'onore — a prestare l'opera loro ogni qual volta il Ministro della guerra lo creda necessario;

che perciò essi non solo hanno il dovere imprescindibile — sempre che motivi di forza maggiore loro non lo impediscano — ma anche il diritto di rispondere senza preoccupazione alcuna alle singole chiamate.

È dunque cosa troppo evidente che se un ufficiale in congedo riprende temporaneamente servizio — e dico temporaneamente, cioè provvisoriamente, il che non può ledere i diritti e gli interessi altrui — non può essere, senza recargli una grave offesa, accusato di krumiraggio.

E dal canto mio, sicuro che tale accusa o meglio tale offesa non mi potrebbe in alcun modo colpire, specialmente quando mi venisse da qualche misantropo abituato a non vedere un palmo più in là del proprio personale tornaconto, dichiaro che, mentre me ne terrei altamente onorato, richiamato o invitato non esiterei un istante a compiere il mio dovere.

Quei Signori onde protestare contro il trattamento, di cui, malgrado i miglioramenti conseguiti e quelli in corso, si proclamano vittime, avrebbero potuto scegliere un mezzo più dignitoso e corretto, quello delle dimissioni. Ma essi, a quanto pare, non sono stati di tale avviso ed hanno preferito rimanere incogniti al loro posto, dove, come è noto, si può star meglio assai che in una anche non inospite condotta.

È da augurarsi pertanto che quell'articolo sia stato dettato in un momento di aberrazione e, dato che ciò sia, gli ufficiali medici in congedo potranno anco dimenticare l'immeritato insulto.

Col massimo ossequio.

Arosio (Brianza), marzo 1913.

Devotissimo
Dott GIUSEPPE TOLLER
maggiore medico nella riserva.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei Medici.

Il 22 febbraio u. s. si è radunato in Roma il Consiglio della Federazione degli Ordini dei Medici, con l'intervento di tutti i suoi membri: presidente prof. Guzzoni degli Ancarani (Siena), segretario dott. Garofalo (Roma), tesoriere dott. Ruzzini (Osimo), consiglieri dottori Boccasso (Torino), Campi (Livorno), Cappelletti (Venezia), Evoli (Melito di Porto Salvo), Filippetti (Milano), Gianturco (Napoli), Marchese (Catania).

Il presidente Guzzoni commemorò con commosse parole il consigliere prof. Gaetano Bellisari, di Aquila, e il Consiglio deliberò di inviare speciali condoglianze alla famiglia ed all'Ordine dei medici di Aquila.

Il presidente comunicò i telegrammi pervenutigli dagli Ordini di Venezia e di Catania intorno alla legge sulle farmacie; dopo un'ampia discussione fu approvato con unanimi voti la seguente mozione formulata dal consigliere Filippetti:

« Il Consiglio della Federazione degli Ordini dei medici, invitato da parecchi Consigli di Medici ad occuparsi della legge sulle farmacie che ottenne in questi giorni l'approvazione della Camera dei Deputati, prende atto con piacere che

nell'interesse igienico generale la vendita delle specialità medicinali fu riservata ai farmacisti, i quali non dovrebbero fornirle che dietro ordinazione medica; chiede che nelle ulteriori discussioni parlamentari sia accentuato il carattere di farmacia-servizio pubblico, agevolando sempre più chiaramente l'assunzione delle farmacie da parte dei Comuni, delle Opere Pie e delle Cooperative; e reclama che a tutela dell'igiene e della pubblica buona fede siano stabilite norme severe e precise, anche se occorre coll'istituzione di apposito laboratorio annesso alla Direzione Generale di Sanità, per impedire che siano presentate al pubblico specialità medicinali tanto estere che nazionali che sostanzialmente non rispondono alla denunciata composizione chimico-farmaceutica e con metodi di *réclame* ciarlatanesche, truffatrici ed indecorose ».

Il presidente Guzzoni riferì sui due suoi colloqui con il Sottosegretario di Stato dell'Interno cui presentò i voti dell'ultimo Congresso degli Ordini dei Medici; disse che l'accoglienza fu cordiale e tale da far sperare che i desiderati della classe medica saranno accolti, specialmente per quanto riguarda la condotta residenziale

Una lunga ed ampia discussione seguì sull'argomento dell'*obbligo della iscrizione agli Ordini e sul voto emesso al riguardo dal Consiglio Superiore di Sanità*, e su quella dei *provvedimenti contro i medici esercenti che non si iscrivono agli Ordini e che iscritti non pagano il contributo*; discussione cui seguì l'approvazione della seguente mozione formulata dal consigliere Evoli:

« Il Consiglio federale, vista la deliberazione del Consiglio Superiore di Sanità con la quale si ritiene obbligatoria l'iscrizione di tutti i medici, tranne quelli compresi nei ruoli organici dei Ministeri e delle Amministrazioni dello Stato, soltanto qualora non si diano al libero esercizio; mentre prende atto, con riserva, di tale deliberazione, fa voti che conforme alla proposta fatta dai rappresentanti degli Ordini in seno al Consiglio Superiore di Sanità e in ubbidienza alla lettera e allo spirito dell'articolo 3 della legge (10 luglio 1910) sia soppressa al più presto questa distinzione;

« Riaffermando il voto del I Congresso degli Ordini dei medici inteso a provocare dagli organi dello Stato delle chiare sanzioni punitive contro i medici che si rifiutano di iscriversi negli Ordini; opina che contro questi, esperita ogni pratica amichevole che caso per caso si ritenesse opportuna, occorra presentare regolari denunzie al Procuratore del Re per contravvenzione all'articolo 53 della legge sanitaria (testo unico 1° agosto 1907) e per esercizio abusivo della professione medica, e ai sindaci per la cancellazione dal registro comunale; e contro i morosi siano da applicarsi i provvedimenti di cui agli articoli 33 e 38 del regolamento 12 agosto 1911 ».

Il Consiglio federale ritenne anche di dover consigliare agli Ordini di comunicare l'elenco dei medici non iscritti o sospesi dall'iscrizione al Consiglio dell'Ordine dei farmacisti della provincia, per la sorveglianza e la denunzia dell'eventuale esercizio abusivo.

Su relazione del dott. Garofalo fu discusso intorno agli inconvenienti del regolamento 12 agosto 1911 messi in luce dalla sua applicazione pratica, e fu deliberato di continuare a raccogliere su questo argomento i pareri dei diversi Ordini per presentare al prossimo Congresso una relazione completa sui desiderati generali per la riforma del regolamento.

Il consigliere Cappelletti riferì sulla questione delle tariffe per le perizie medico-legali sollevata dall'O. di Caltanissetta. Riconosciuta la grande importanza della questione per la classe medica, il Consiglio deliberò di mettere in opera ogni mezzo per farla conoscere ai poteri pubblici, e per provocarne la risoluzione attesa da tanti anni. Facendo proprii quasi tutti i punti delle conclusioni dell'O. di Caltanissetta, il Consiglio faceva voti:

« *a*) che sia modificata la tariffa penale nei rapporti dei periti medico-legali;

« *b*) che siano aumentate le indennità corrisposte ai sanitari sulle norme tracciate dagli articoli 37, 38 e 39 tariffa penale e siano quanto meno corrisposte quelle indicate negli articoli 379 e seguenti tariffa civile, abolendo la distinzione fra medici di 1ª e 2ª categoria;

« *c*) che sia consigliato ai magistrati di seguire il sistema già praticato da alcuni di essi di sentire il parere del Consiglio dell'Ordine dei Medici prima di procedere alla tassazione di una perizia medico-legale, in armonia con l'articolo 30 del regolamento 12 agosto 1911;

« *d*) che il magistrato nei provvedimenti specificati dall'articolo 23 tariffa penale si attenga alla tariffa ufficiale dei medicinali;

« *e*) che ai periti chiamati in udienza per schiarimenti sulle precedenti relazioni siano corrisposte le dovute vacazioni;

« *f*) che sia corrisposta ai medici l'indennità per ogni visita e relazione;

« *g*) che i periti chiamati dalla parte civile o dalla difesa, ammesse a gratuito patrocinio, non siano privati delle indennità di legge che dovranno essere anticipate dal pubblico erario ».

Su relazione del consigliere Gianturco il Consiglio deliberò di domandare il parere di persone legali sulle questioni sollevate da due Ordini circa l'interpretazione autentica dell'articolo 439 del Codice

penale (obbligo del referto) e sul segreto professionale. Il Consiglio approvando un'analoga proposta del presidente, conferì tale incarico ai chiarissimi professori Arturo Rocco e Francesco Ferrara della Facoltà giuridica di Siena.

Su conformi conclusioni del presidente Guzzoni il Consiglio approvò che siano fatte pratiche da ciascun Ordine presso le Amministrazioni pubbliche e private perchè nei concorsi sia d'ora in poi sempre richiesto il certificato di iscrizione nell'albo dell'Ordine fra i documenti di rito. Il Consiglio fu lieto di constatare che già diverse Amministrazioni hanno fatto ciò spontaneamente.

Su relazione del consigliere Filippetti il Consiglio decise su una controversia insorta fra gli Ordini dei Medici di Piacenza e Cremona per l'inscrizione di un medico, opinando che questi debba rimanere inscritto nell'albo di Piacenza.

Sull'interessantissima questione sollevata dall'O. dei M. di Firenze intorno ai compensi pagati ai medici per i certificati per infortuni sul lavoro e sulla sconvenienza di contratti *à forfait* per renderli anche più indecorosi, il Consiglio, su relazione del dott. Filippetti, deliberò di invitare gli Ordini dei centri industriali più importanti (Milano, Como, Genova, Firenze, Massa Carrara, Roma, Napoli, Palermo), di studiare l'argomento per riferirne al prossimo Congresso.

Il dott. Boccasso riferì su una questione che interessa l'O. dei M. di Porto Maurizio e riguardante la negata iscrizione di uno straniero che non si trovava nelle condizioni previste dalle disposizioni transitorie della legge 10 luglio 1910. Il Consiglio deliberò di felicitare l'O. di Porto Maurizio per la resistenza opposta contro la violazione di una delle conquiste della classe contenute nella legge sugli Ordini, e di informare della questione il rappresentante degli Ordini dei Medici nel C. S. di Sanità dott. Brunelli, per il caso che lo straniero in questione presentasse ricorso a quel Consesso.

Il dott. Marchese riferì sulla distribuzione dei sussidi per la campagna antimalarica che si vorrebbe affidare ai medici provinciali, e su proposta Evoli il Consiglio approvò di far voti che il servizio antimalarico e la distribuzione dei fondi siano affidati al Consiglio provinciale di sanità.

Intorno ad una mozione dell'O. dei M. di Perugia sui mezzi per conseguire i miglioramenti desiderati dai medici condotti, specialmente per la completa abolizione dslla condotta piena, e sui pericoli derivanti dal contegno di alcuni gruppi di medici che si oppongono allo spirito dell'organizzazione, il Consiglio deliberò di dare all'O. di Perugia tutta la sua solidarietà.

Avuta cognizione da un telegramma del segretario dell'O. dei M. di Foggia delle ragioni per le quali quel Consiglio non può funzionare, essendo state annullate dal C. S. di Sanità le elezioni del 1912, su ricorso di alcuni iscritti, il Consiglio federale deliberò di interessare la Direzione generale di sanità perchè al più presto siano fatte le nuove elezioni.

Il Consiglio discusse quindi lungamente sui mezzi pratici per assicurare al Collegio di Perugia i fondi dell'eredità Toscani (cassa della antica Associazione medica italiana), sulla pubblicazione di un Bollettino federale (per il quale incaricò il consigliere Campi di formulare un progetto concreto), e approvò infine il bilancio preventivo per il 1913, facendo voti che tutti gli Ordini dei Medici vogliano affrettarsi a spedire il loro contributo finanziario per assicurare la vita del loro organo centrale.

L'adunanza si sciolse dopo due laboriose sedute durate complessivamente oltre sette ore.

Associazione Nazionale medici ospedalieri. — Si è adunato il Consiglio direttivo il 4 corrente, presieduto dal prof. Carducci, ed ha preso atto della costituzione della Sezione di Treviso e della ricostituzione della Sezione Alessandrina. Il presidente ha annunciato prossima la costituzione della Sezione Padovana, della qnale sono attivi promotori i colleghi Zancan, Pozzo e De Franchi.

Il Consiglio ha poscia udito la relazione della Sezione Regionale per l'Emilia e le Marche intorno ad un conflitto tra il dott. Zagari Luigi, già medico assistente dell'ospedale di San Salvatore di Pesaro, e l'Amministrazione dell'ospedale stesso. Il Consiglio ha approvato un ordine del giorno inteso a deplorare che in quell'Istituto sia stato adibito da tempo a funzioni sanitarie un flebotomo e siano mancati, in varie contingenze, la considerazione e i riguardi dovuti al personale sanitario.

Il Consiglio si è occupato del concorso al posto di chirurgo primario nell'ospedale di Spezia, approvando vari uffici fatti dalla presidenza nell'interesse dei concorrenti e della migliore riuscita dell'importante concorso. Il Consiglio, per ragioni di opportunità, ha deliberato la pubblicazione dei relativi documenti nella « Rivista Ospedaliera », organo dell'Associazione.

A richiesta della Sezione di Torino, ove, nel corrente anno, avrà luogo il Congresso annuale dell'Associazione, ha disposto per l'invio di atti, documenti ed altro che possano giovare all'organizzazione del Congresso. Su proposta Sgambati la Sezione Romana vi tratterà l'argomento delle scuole per gl'infermieri.

In ultimo il Consiglio ha preso atto di varie lettere pervenutegli da parte di parecchi Ordini di medici intorno alle onoranze al prof. Ballori nell'anniversario del 60° anno di laurea e 25° di direzione sanitaria ospedaliera.

Ordine dei medici di Roma. — Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma nella sua adunanza del 1° marzo, in seguito ad un ricorso di un medico licenziato dall'amministrazione dell'Ospedale del Bambin Gesù dopo dodici anni di lodevole servizio, per ragioni dimostrate da un'inchiesta inadeguate al severo provvedimento, ha deliberato di studiare la questione generale delle condizioni fatte al personale sanitario della amministrazione di quell'Istituto, che, mentre vive in massima parte con i contributi di enti pubblici, non dà ai suoi medici alcuna delle garanzie concesse dalla legge ai sanitari delle Opere di pubblica assistenza. Su questa questione, che interessa in modo speciale la classe medica di Roma, il Consiglio dell'Ordine intende richiamare tutta l'attenzione delle autorità tutorie.

Nella stessa adunanza il Consiglio deliberò un voto di plauso al chiaro prof. Roberto Campana per l'atto di illuminata beneficenza da lui compiuto legando il suo patrimonio per l'istituzione di un ospedale per i tubercolosi settici.

Il Consiglio emise altresì un voto di speciale encomio e ringraziamento per il dott. Alberto De Marchi, medico provinciale aggiunto della R. Prefettura di Roma, per l'opera da lui compiuta in occasione della compilazione dell'Albo provvisorio degli Ordini dei sanitari della provincia.

Convegno di sanitari addetti alla vigilanza igienica. — A Castel Sant'Angelo si è tenuto il convegno nazionale dei sanitari addetti alla vigilanza igienica. Il prof. Galli ha tenuto il discorso inaugurale.

Poi si sono avute due riunioni separate: l'una dei sanitari addetti agli uffici d'igiene e l'altra degli ufficiali sanitari liberi esercenti. Le due assemblee approvarono lo statuto ed elessero i loro Consigli direttivi che rimasero così composti:

Per l'Associazione dei sanitari addetti agli uffici d'igiene il Consiglio direttivo rimase così costituito: presidente il dott. Mariotti (Roma); consiglieri: i dottori Albertini Alfredo (Milano), Ragazzi Mario (Genova), Roselli (Bologna), Vitone (Napoli), Pitini (Palermo), Palomba (Roma), Cattarozzi (Napoli), Rocchi (Roma).

Per l'Associazione degli ufficiali sanitari liberi esercenti il Consiglio direttivo rimase costituito dai dottori Grassi Arturo (Secondigliano) presidente; Pezza (Mortara), Fezzi (Soncino), Bricchetto Davide (Busto Arsizio), Maccanti (Siena), Rainaldi (Civita Castellana), Morgera (Foria d'Ischia), Cioffane, Bevilacqua, consiglieri.

Pei corpi sanitari militari. — Il sen. Santini ha svolto al Senato un'interpellanza ai Ministri della guerra e della marina per sapere e quando intendano provvedere a migliorare la carriera dei rispettivi corpi sanitari in misura adeguata alle benemerenze riportate nella guerra libica. Rilevò l'immeritata condizione d'inferiorità in cui si trovano i corpi sanitari in confronto di altri corpi militari; ricordò l'azione igienica spiegata durante la guerra ed i successi conseguiti nella cura delle ferite, le quali portarono ad una mortalità bassissima; corroborò con dati il suo asserto e terminò dichiarando di confidare nella risposta dei Ministri.

Il Ministro della guerra rispose notificando come le condizioni di carriera degli ufficiali medici siano attualmente migliorate.

Il Ministro della marina annunziò che nel progetto di legge da lui presentato una parte concerne il riordinamento del corpo sanitario in modo da poter rispondere alle esigenze del servizio, alle necessità del reclutamento e migliorare la carriera.

Il sen. Santini si dichiarò soddisfatto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE

(3700) *Ammissioni. Osservanza di patti contrattuali.* — Il dott. D. M. da M. desidera conoscere se avendo per obbligo contrattuale quello di dimettersi due mesi prima del giorno in cui intende lasciare il Comune possa allontanarsi prima di detta epoca onde essere in grado di assumere altrove servizio.

Non è possibile fare quanto Ella desidera perchè i contratti formano legge fra le parti e debbono essere scrupolosamente osservati sotto pena di danni. Mediante boccario accordo col Comune potrebbe ottenere l'autorizzazione di farsi surrogare da altro sanitario durante i due mesi.

(3702) *Aumenti sessennali di stipendio.* — Il dottor G. T. da C. D. R. desidera conoscere in forza di quale disposizione di legge un aumento di stipendio dilaziona l'acquisto del diritto allo aumento sessennale.

L'aumento sessennale è destinato appunto a supplire il ritardo negli eventuali aumenti di salario per modo che non ha luogo quando questi sono stati o per promozione o per altra causa accresciuti.

(3703) *Supplenza durante l'infermità.* — Il dottor B. A. di S. T. chiede conoscere essendo stato dieci giorni infermo debba egli pagare il supplente.

Durante l'infermità si ha diritto alla supplenza gratuita se il relativo periodo venga computato

in quello del congedo ordinario o su quello del congedo, straordinario a causa di malattia. Non avendo preannunziato il caso il Municipio e dichiarato in tempo che intendea fare includere nel congedo il tempo in cui è stato infermo, non ha allo stato degli atti, diritto alla supplenza gratuita. Qualora il Comune Le negasse il congedo può ricorrere alla G. P. A.

(3704) *Aspettativa - Rifiuto della Amministrazione ad accordarla.* Il dott. G. S. da G. dice che avendo chiesto sei mesi di aspettativa per ragione difamiglia, il Comune non intende accordarla. Chiede se è giustificato il diniego e quale mezzo egli abbia per ottenere l'intento.

L'articolo 15 del capitolato dice che al medico *potrà* essere accordato un anno di aspettativa. Non vi è quindi, diritto di ottenerla. È una facoltà della Amministrazione che può ben non concederla senza che il sanitario possa dolersi o sporgere reclamo.

(3705) *Interinato - Licenziamento - Stipendio - Pagamento - Prescrizione dei crediti per prestazioni mediche.* — Il dott. S. S. da I. chiede conoscere: 1° Essendo interino quanto tempo prima dell'effetivo abbandono deve essere licenziato; 2° a chi deve rivolgersi per ottenere il pagamento degli stipendi; 3° in quanto tempo si prescrivono i crediti derivanti da prestazioni mediche.

Trattandosi di servizio interinale non è prescritto alcun termine di rispetto per la notifica del licenziamento. Avrà certamente comunicazione ufficiale dal Sindaco della avvenuta nomina del titolare ed in detta partecipazione Le sarà indicato il termine per l'abbandono del servizio. Per ottenere il pagamento degli stipendi occorrerà insistere presso l'esattore che è obbligato ad eseguirlo anche se non abbia fondi in cassa. Si prescrivono in tre anni i crediti delle prestazioni mediche.

(3706) *Prestazioni mediche,* Il dott. N. N. da F. che chiede conoscere se poesa rifiutarsi di prestare le sue eure ad una famiglia da cui riceve continue prove di rappressaglia. Rispondiamo che può farlo sempre che in paese esistano altri medici e non si tratti di casi di urgenza.

(3707) *Stabilità - Monte pensione.* Il dott. F. F. da A.N. chiede conoscere se la stabilità si acquista senza bisogno di speciale deliberazione e se non avendo egli da due anni rimborsato il Comune della quota monte pensione possa tale biennio essere ritenuto come utile agli effetti della pensione.

La stabilità si acquista di diritto senza bisogno di speciale deliberazione pel solo fatto di non essersi pronunziato il licenziamento nel termine stabilito. I due anni sono utili per la pensione, giacchè l'Amministrazione della Cassa è stata pagata. Ella è debitore verso il Comune non verso la Cassa.

(3709) *Compenso per campagna antimalarica.* Il dott. F. S. B. da F. chiede conoscere se al compenso che concede il Governo per la lotta antimalarica abbia diritto, oltre al medico che conduce la campagna, anche l'ufficiale sanitario e se il medico interino abbia diritto a congedo.

Anche l'ufficiale sanitario può partecipare al sussidio governativo quando egli alacremente si occupi per la campagna antimalarica. Il medico interino non ha per regola, diritto a congedo.

(3710) *Pensioni - Liquidazione - Versamenti volontari - Periodo interinale,* — Il dott. D. P. da I. chiede la liquidazione della sua pensione e desidera conoscere se i versamenti volontari possano ritirarsi in qualunque tempo cessasse di fare il medico o subito eventualmente da' suoi eredi. Desidera anche conoscere se due anni e mezzo di servizio interinale da lui prestati possono essere computati nel periodo utile per la pensione.

Riceverà la pensione di lire 922 e lire 558.60 annue per i versamenti volontari eseguiti per 15 anni. Il capitale formato co' depositi volontari è liquidato a favore del sanitario o dei suoi eredi all'atto della cessazione del servizio qualunque ne sia la ragione. Se servirà per altri 25 anni, ha facoltà di chiedere che tutto o parte del capitale stesso venga trasformato in assegno vitalizio a supplemento della pensione. Il periodo di interinato non aumenta la pensione ma, quando furono pagati i contributi, vale per affrettare il raggiungimento del relativo diritto, giusta al disposto dello articolo 7 della legge 2 dicembre 1907 n. 744.

(3711) *Pensione - liquidazione.* — Il Dott. F. B. da F. diciamo che liquiderà la somma annua di lire 1541.

(3712) *Legalizzazione di certificati.* — Al Dottor F. C. da V. rispondiamo che circa la legalizzazione dei certificati medici vige la circolare del 14 giugno 1911. n. 15900 del Ministero dell'Interno.

(3713) *Assicurazione contro i danni civili,* — Al Dott. G. T. da R. rispondiamo che non consta che esista in Italia una società di assicurazione contro i danni civili al cui pagamento possa eventualmente andare incontro il medico nell'esercizio della sua professione.

Doctor JUSTITIA.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BILANCIONI: Sull'esistenza di una forma di cefalea di origine tiroidea.

D. A. MAZZOLANI: L'ulcera fagedenica a Tripoli.

F. MARCORA: Alcune osservazioni sopra un caso di setticemia da micrococco tetrageno nell'uomo.

Condotte e Concorsi.

AQUILA. *Manicomio della Provincia.* Direttore; L. 5000 e 3 sessenni. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione Provinciale. Scad. 15 aprile.

ATTIMIS (*Udine*). — Cond. residenziale; L. 3400 e 2 sessenni. Scad. 22 marzo.

BEVERINO (*Genova*). — Condotta piena e uff. san. L. 3200 lorde ed 1 sessennio; L. 500 per cav. Scad. 20 marzo.

BORNASCO (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3300 aument., ab. 1021. Scad. 30 marzo.

CAGLIARI. *Ospedale Civile.* Assistente della sezione medica. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 26 marzo.

CAVARZERE (*Venezia*). — *Ospedale Civile.* Medico primario; L. 3500, metà dei proventi d'ambulatorio e 15 % delle tasse d'operazione. Assistentato in clinica od ospedale di città. Chirurgo primario; L. 4000, un terzo dei proventi d'ambulatoria e delle tasse d'operazione. Scad. ore 17 del 22 marzo.

* CHEREMULE (*Sassari*). — Cond.; L. 2500 nette e L. 200 se il titolare rinunzierà alla licenza. Scadenza 20 marzo.

CHIAUCI (*Campobasso*). — Condotta; L. 1200 pei poveri (quaranta) e L. 1000 per la generalità; arm. farm.; L. 100 all'uff. san. Ab. 1058. Scad. 30 giorni dal 23 feb.

CHIAVRIE (*Torino*). — Condotta con Chiusa; L. 1300; L. 150 quale uff. san. e L. 150 per supplenza. Scad. 19 marzo.

GENAZZANO (*Roma*). — Condotta piena; L. 3000 nette e 2 sessenni. Scad. 20 marzo.

GIRGENTI. — *Laboratorio chimico consorziale di vigilanza igienica della provincia.* Assistente; vedi fasc. 10. Scad. ore 16 del 30 aprile.

GRAGLIA (*Novara*). — Condotta con Muzzano; L. 1200, L. 250 indennità ferri, L. 200 quale uff. san. Scad. 23 marzo.

FOLIGNO (*Perugia*). — Cinque condotte; per tre L. 4500, per una L. 4200, per una L. 3650. Domande separate. Età limite 40 anni. Chiedere l'annunzio. Scad. 10 aprile.

MARCIANA (*Livorno*). — A tutto il 20 marzo condotta per Poggio (abitanti 800); L. 3000 nette.

*MASSA MARTANA (*Perugia*). — Due condotte; L. 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lire 700 per cav., lorde, in corso d'approv. Scadenza 26 marzo.

* MONTEMIGNAIO (*Arezzo*). — Condotta; L. 2500 nette e 2 sessenni; cura poveri (5 ò 6 famiglie) e L. 100 quale uff. san.; esonero cav. Ab. 1764. Scad. 20 marzo.

NARNI (*Perugia*). — Due condotte; L. 2400 pei poveri, con 3 decimi, L. 800 per gli abbienti, L. 750 obbl. cav., L. 100 se arm. farm. Scadenza 5 aprile.

* OSTRA (*Ancona*). — Condotta; L. 4000, riducibile del terzo se la cura fosse ridotta ai soli poveri. Scad. 20 marzo.

*PATERNO DI ANCONA (*Ancona*). — Condotta; L. 3200 pei poveri, L. 300 per gli abbienti, L. 200 quale uff. san. e 3 sessenni su L. 3200, L. 700 per cavalc. obbl. Scad. 5 aprile.

PESSILENGO (*Novara*). — Condotta con Selve Mareme; L. 1750 (in corso d'approvazione) per 285 poveri incirca. Ab. 2365. Scad. 7 apr.

POGGIO BUSTONE (*Perugia*). — Condotta; L. 2500 pei poveri, L. 1300 per la totalità, L. 100 come uff. san., L. 100 per l'arm. farm. Scad. 28 marzo.

REGGIOLO (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri di Brugneto; L. 3200 e L. 200 se al titolare verrà affidato l'assistentato all'Ospedale. Obbligo cavalc. Scad. 20 marzo.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Condotta; L. 2400 pei poveri, L. 1000 facoltative pel resto della popolaz., L. 100 quale uff. san., L. 100 per l'arm. farm. Due anni in Ospedale o tre in condotta. Scad. un mese dal 2 marzo.

ROMA. *Comune.* — Due medici chirurgi e altri posti che si rendessero vacanti. V. fasc. 10. Scad. 22 marzo.

ROVETTA (*Bergamo*). — Condotta consorziale; L. 4000 e 3 sessenni; L. 360 quale uff. san. e L. 1000 per cav. Ab. 5360 complessiv. Scad. 20 marzo.

*SAN DANIELE DEL FRIULI (*Udine*). — Medico comunale del 1° reparto e Medico del Civico Ospedale e Manicomio succursale; L. 5400 e 3 sessenni Se sarà nominato Direttore dell'Ospedale avrà diritto a speciale compenso, e L. 300 se sarà nominato uff. sanit. Scad. 31 marzo.

SARNO (*Salerno*). — 1ª condotta; L. 1200 aumentabili per i poveri (1350 circa in 368 famiglie); età limite 45 anni. Scad. 21 marzo.

SENAGO (*Milano*). — Condotta piena; L. 3250 nette e 3 sessenni, L. 100 quale uff. san., L. 150 dall'O. P. Cremona per sussidio cura gratuita poveri. Esonero cavalcatura. Scad. 31 marzo.

STAITI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e L. 200 per supplenza mese congedo o rinunzia. Scad. 5 aprile.

TRAPANI. — *Ospizio marino ed ospedale dei bambini Riccardo Sieri-Pepoli.* Direttore sanitario Vedi fasc. 10. Scad. 31 marzo.

* TRESIVIO (*Sondrio*). — A tutto il venti aprile concorso alla condotta piena di Pendolasco. Stipèndio L. 4000 nette da R. M., compreso assegno di Ufficiale Sanitario, con tre sessenni.

* TRIVIGNANO (*Udine*). — Condotta piena; lire 5200, in piano, vicinissima ad Udine (abitanti 2600). Scadenza fine marzo.

VENEZIA. *R. Scuola Ostetrica.* Assistente; L. 1500; 21-35 anni, laurea in medicina e 3 anni di pratica come assistente effettivo presso clinica ostetrico-ginecologica o in una scuola ostetrica pareggiata. Rivolgersi al Rettore della R. Università di Padova. Scad. 15 aprile.

** VIGNANELLO (*Roma*). — Condotta; L. 2250 pei poveri e L. 750 per la generalità. Età limite 40. Servizio ospedale con ambulatorio. Sostituzioni con l'altro sanitario nella licenza ordinaria (30 giorni) e piccola licenza (10 giorni) Scad. 31 marzo.

VILLAMAR (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 3256 lorde, abitanti 2258. Scad. 10 aprile.

VILLAMINOZZO (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 3000 lorde, L. 1000 per cavalc. e L. 100 per arm. farm.; non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 15 aprile.

VOLTIDO (*Cremona*). — Condotta; L. 3000 nette e 3 sessenni, L. 100 quale uff. san. Età massima 40 anni s. e. r. Scad. 10 aprile.

ZERBOLÒ (*Pavia*). — Condotta piena per abitanti 2200 circa; L. 3260 e due sessenni, L. 100 quale uff. sanit., L. 50 indennità residenza malarica e L. 400 per mezzi di trasporto. Scadenza 31 marzo.

ZUNGOLI (*Avellino*). — Condotta piena; L. 3200; abit. 2200. Scad. 31 marzo.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Sono stati nominati medici provinciali aggiunti di 5ª classe (L. 2000) con decorrenza 1° gennaio 1913, i dottori:

Tommasi-Crudeli dott. Corrado; Ragazzi dott. Carlo; Garofani dott. Giulio; Sinisi dott. Donato; Grimani dott. Enrico; Fusco dott. Gennaro; Consoli dott. Nicolò; Franchetti dott. Augusto; De Marchi dott. Alberto; Missiroli dott. Alberto; Leone dott. Edoardo; Cremonese dott. Guido; Pasero dott. Costantino; Pugliese dott. Alessandro; Gilardino dott. Pietro; Pellegrino dott. Michele; Calamida dott. Enrico; Giraldi dott. Enea; Quarta dott. Vincenzo; Cesari dott. Luigi; Tirelli dott. Mario; Amalfitano dott. Giuseppe; Zapelloni dott. Lorenzo; Cavina dott Ottorino; Cocchia dott. Cesare; Frongia dott. Ermenegildo, Giampalmo dott. Giuseppe; Poeti Marentini dott. Mario; Pierotti dott. Antonio; Boffa dott. Giovanni; Polese dott. Francesco; Talotta dott. Domenico; De Lillo dott. Giuseppe; Civetta dott. Igino; Rosa dott. Donantonio; Trincas dott. Lazzaro; Angelillo dott. Francesco; Fuschi dott. Giovanni; Caporali dott. Mario; Barba dott. Stefano; Caleca dott. Pietro; Pennella dott. Michele; Vizioli dott. Biagio; Cavacini dott. Vincenzo; Monti dott. Giuseppe; Ovazza dott. Vittorio Emanuele; Cantamessa dott. Ferdinando; Santelmo dott. Callisto; Giglio dott. Corrado; Manari dott. Carlo; Tecce dott. Nicola; D'Aloja dott. Nicola; Ferrara dott. Vincenzo; Migliori dott. Domenico; Besta dott. Italo; Barbara dott. Giuseppe; Clerico dott. Vincenzo; Solimena dott. Giovanni; Bignami dott. Giovanni; Calì dott. Andrea, Sclocchini dott. Croce; De Angelis dott. Giovanni Battista.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatore: Arullani prof. dott. Pier Luigi, libero docente di neuropatologia a Torino.

Uffiziale: dott. Ilvento Arcangelo, medico di porto.

Cavalieri: Giacquinto dott. Ettore, professore di anatomia presso il R. Istituto di belle arti di Roma; Spediacci prof. Corrado di Siena; Sica Carlo, medico di porto; Nicolais Alessio, segretario medico; Maselli Concetto, assistente ai laboratori di Sanità.

CORRISPONDENZE.

La chirurgia di guerra nei Balcani.

Parigi, 4 marzo 1913.

All'Accademia di medicina, il dott. Monprofit, direttore degli ospedali di Salonicco, incaricato di tenere tale ufficio dalla Croce Rossa greca, ha comunicato oggi un rapporto sulla sua missione e sulle visite fatte ai feriti anche ad Atene, Belgrado e Uskub.

Egli ha insistito sopratutto sul grande progresso che nella chirurgia di guerra si è raggiunto colla medicatura delle ferite, quanto è possibile precoce, sul campo di battaglia stesso, servendo a tale scopo il pacchetto di medicazione posto dall'Amministrazione sanitaria a disposizione di ogni soldato.

Tutti i soldati possedevano il loro pacchetto in stato da poter usarlo al bisogno e tutti avevano ricevuto la necessaria istruzione sul modo di servirsene; infatti in moltissimi casi i soldati si sono medicati da loro stessi oppure sono stati fasciati dai loro compagni o dai superiori presenti e naturalmente, ove era possibile, dal medico. In un combattimento fra turchi e serbi un medico militare serbo ha esaminato parecchie centinaia di feriti tutti medicati pochissimo tempo dopo di essere stati colpiti, in un intervallo non superiore a un'ora.

I buoni risultati ottenuti derivano principalmente dal fatto che i soldati si rendevano conto del vantaggio di procedere a una fasciatura rapida e immediata che li garantisse da ogni infezione, perchè avevano ricevuto istruzioni e raccomandazioni contro l'uso dannoso di applicazione di oggetti sporchi quali fazzoletti da naso o altro, sulle ferite.

Il Monprofit dice di aver visto guarire per prima intenzione, grazie alla fasciatura pronta, con applicazioni di tintura di iodio o senza, le ferite più gravi, quali lunghi percorsi di proiettili nell'interno dei tessuti, ferite penetranti delle articolazioni, trasversali e antero-posteriori del torace con perforazione dei polmoni, ferite penetranti dell'addome con perforazioni dello stomaco, dell'intestino o della vescica urinaria, ferite del collo, del cranio, ecc.

Il principale fattore di salvezza è stato sempre l'applicazione immediata della fasciatura asettica; altro fattore di successo l'astensione di ogni manovra d'esplorazione, di cateterismo delle ferite, e di tamponamenti.

Ogni operazione chirurgica non indispensabile per impedire un grave accidente, quali le legature di tronchi arteriosi per ottenere l'arresto di un'emorragia violenta, dovuta a lesione di grosse

arterie, deve essere messa da parte sul campo di battaglia. La sola operazione, e la più indicata, consiste nel mettere il ferito in condizioni tali da poter essere diretto agli ospedali da campo o a quelli stabili, senza che la sua ferita si infetti per via (1).

Dott. GOD.

(1) Durante la guerra libica la medicazione antisettica fu la pratica costante osservata sul campo di battaglia dai nostri valorosi ufficiali medici dei posti di medicazione. Tale pratica, nella quale le applicazioni di tintura di iodio furono largamente usate e riconosciute utilissime per impedire le infezioni sopratutto delle ferite lacero-contuse e imbrattate di terra, fu uno dei migliori elementi di successo del brillante risultato sanitario della campagna.

L'Ospedale di Pavia.

Ci scrivono da Pavia:

I 200 circa comuni della provincia sono irritati contro l'amministrazione del nostro ospedale, perchè non solo non accoglie i loro malati poveri gratuitamente come ora avrebbe il dovere, ma perchè spesso li respinge. Essa fa di peggio: pretende dai Comuni il rimborso della diaria anche per gl'infermi delle cliniche, al cui pagamento provvede già il Governo con le 90,000 lire di sussidio annuo.

L'amministrazione ospitaliera ritiene di stornare la sua responsabilità facendola ricadere sugli istituti clinici, e lascia intendere che le spese per il Policlinico assorbono e assorbiranno a tal grado le entrate del pio istituto da renderle sempre meno utilizzabili per i malati della città e della provincia.

Le cose stanno ben altrimenti.

I malati delle sale cliniche non costano più che gli ammalati delle corsie ospitaliere, poichè il personale dirigente viene pagato dallo Stato, il quale inoltre largamente sussidia le cliniche.

Le cliniche, per l'affidamento scientifico e pratico che danno i loro direttori, e per i mezzi di cui dispongono, dovrebbero essere il centro d'attrazione degli ammalati di tutta la provincia e delle provincie finitime.

L'Università non costituisce soltanto il lustro e il decoro di Pavia, ma rappresenta una delle principali fonti di vita della città. Il movimento che da qualche tempo si svolge per rendere difficile l'accesso ai malati nell'ospedale di S. Matteo riuscirà addirittura deleterio per la gloriosa Università lombarda, e, se persiste, renderà frustranea ogni spesa per il Policlinico di Pavia, dirigendo altrove quei malati che la tradizione e il valore degli insegnanti ha sempre qui richiamati.

I comuni della provincia di Pavia dovrebbero adunque richiedere un'amministrazione *economica e pronta ai suoi doveri verso di loro*, non muovere in guerra contro l'Università e il Policlinico.

Così battono una via insensata, contraria ad ogni savia aspirazione di ordine e di progresso e dannosa ai loro amministrati.

F. G.

NOTIZIE DIVERSE

Guido Baccelli a Parigi.

Proseguendo le visite ai maggiori centri di cultura medica di Parigi, Guido Baccelli si è recato l'8 corrente all'ospedale di Sant'Antonio per assistervi ad una lezione del prof. Chauffard. Questi andò incontro all'illustre vegliardo e volle che scendesse dall'anfiteatro per prendere il posto di onore alla cattedra, malgrado Guido Baccelli se ne schermisse. Poi con una bella improvvisazione presentò agli uditori il clinico di Roma.

Il prof. Chauffard disse quanto deve a lui la scienza, ricordò i vantaggi dei metodi terapeutici della scuola di Roma, della cura del tetano, i cui successi furono più volte da lui stesso constatati, ed i benefici effetti delle iniezioni endovenose di sublimato, applicate per la prima volta e preconizzate sempre dal Baccelli, le quali costituiscono un sussidio terapeutico costante e quotidiano usato nella clinica di Sant'Antonio. Illustrando il caso che formava l'argomento della lezione, il prof. Chauffard ebbe nobili parole per testimoniare quanto grande sia la stima che la scuola francese nutre per la scienza italiana: « dei cui notevoli progressi — egli disse — il grande scienziato presente è la migliore espressione ».

In ultimo Guido Baccelli si levò e pronunziò un breve discorso ringraziando degli onori resi dalla scienza francese al coscienzioso e utile lavoro della medicina italiana e alla scuola di Roma.

Gli studenti e gli assistenti della clinica parigina coronarono le parole dell'illustre uomo con un applauso lungo e nutrito.

Esposizione medico-storica.

Fra i numerosi oggetti medico storici interessanti, che sono stati raccolti per l'Esposizione medico-storica organizzata dal signor Henry S. Wellcome e che sarà inaugurata a Londra durante il Congresso medico internazionale nella estate prossima vi sono parecchi cimeli personali del dott. Edward Jenner, lo scopritore della vaccinazione.

La *mostra jenneriana* includerà le lancette e gli scarificatori originali che il grande medico inglese usò per i suoi primi esperimenti, la sua busta ed i suoi libri di conti, la farmacia portatile, ecc. È stata anche raccolta una grande collezione di lettere autografe di Jenner, alcune d'interesse unico. Nella mostra figurerà anche la poltrona del suo studio, sulla quale egli spirò. Saranno esposti parecchi ritratti di valore di lui e della sua famiglia, dipinti in periodi diversi, le pergamene illustrate che gli furono presentate insieme alle franchigie e al diritto di cittadinanza delle città di Londra e Dublino, come pure medaglie ed altri documenti di speciale interesse.

In una *mostra dell'anestesia* saranno esposti parecchi oggetti storici interessanti, cominciando dal giornale autografo e dai manoscritti originali di Henry Hill Hickman, lo scopritore dell'applicazione del principio dell'anestesia mediante la inalazione per le operazioni chirurgiche, dimostrato con esperimenti su animali nel 1823. Le reliquie personali di sir James Simpson ed alcuni apparecchi primitivi per la somministrazione del cloroformio e dell'etere contribuiranno a conferire alla mostra notevole interesse.

Si pregano coloro che possedessero oggetti di simile carattere o aventi relazione con la storia della medicina e delle scienze affini, e che fossero disposti a prestarli, di comunicare col segretario, 51-A Wigmore Street, Londra, W. Egli si farà un dovere d'inviare un catalogo completo illustrato a tutte le persone interessate.

IV Congresso internazionale di Terapia fisica in Berlino.

Il Comitato italiano di propaganda ha ottenuto per i Congressisti che si recheranno a Berlino dal 20 al 30 marzo p. v. una riduzione del 40 al 60 per cento sulle tariffe ordinarie delle ferrovie dello Stato.

Per le informazioni rivolgersi al Segretario prof. C. Colombo, via Nazionale 102, Roma.

Congresso delle Congregazioni di carità.

Nella sede della Congregazione di carità di Roma, sotto la presidenza del principe don Augusto Torlonia, si è adunato il Comitato promotore del 1° Congresso nazionale delle Congregazioni di carità del Regno, per concretare il programma definitivo e per addivenire ad una intesa circa lo svolgimento dei diversi temi.

È stato stabilito che il Congresso abbia luogo in Roma nei giorni 18, 19, 20 e 21 del prossimo maggio.

Sono stati scelti i temi che verranno sottoposti alla discussione dell'Assemblea e ne sono stati designati i relatori.

L'igiene nei comuni rurali.

L'on. Negri De Salvi ha interrogato il Ministro dell'interno « per sapere, in seguito al preveduto rinvio del disegno di legge n. 778, quali provvedimenti intenda di adottare a tutela della pubblica igiene, avuto riguardo alle ristrettezze in cui si dibattono i comuni rurali, che i prefetti del Regno ed i medici provinciali vorrebbero costringere a spese incompatibili con gli stremati bilanci ».

Il sottosegretario on. Falcioni ha ricordato la importanza della difesa sanitaria per parte dei Comuni, accennando che il Ministero e le autorità tutorie non mancano, nel dare disposizioni inerenti alla tutela igienica, di tenere nel debito conto le condizioni finanziarie dei comuni. Con una liberale interpretazione della legge 25 giugno 1911, il Ministero, intanto, autorizza i mutui di favore anche per la costruzione dei locali d'isolamento. Quindi nessun danno deriva ai comuni per effetto del ritiro (annunziato dall'on. Giolitti nella tornata dei 4 corrente) del disegno di legge relativo alle stazioni municipali per disinfezioni e ai locali d'isolamento.

L'on. Negri De Salvi ha replicato mettendo in rilievo le condizioni dei Comuni rurali e raccomandando di tenerne il massimo conto. Vorrebbe si mandassero subito istruzioni ai prefetti, nel senso delle dichiarazioni fatte dal sottosegretario, delle quali è soddisfatto.

La Convenzione sanitaria fra l'Italia e l'Argentina.

La Camera Argentina ha approvato alla quasi unanimità il progetto di legge che concerne la convenzione sanitaria con l'Italia, già firmata a Roma dai plenipotenziari on. Santoliquido per l'Italia e ministro Portela per l'Argentina.

Per il lavoro delle donne e dei fanciulli

Il Consiglio federale elvetico ha proposto di indire a Berna una conferenza che si terrebbe nel prossimo 21 settembre, nonchè una conferenza complementare. I Governi dovranno esprimere il loro parere entro il 15 aprile.

L'on. Cabrini ha presentato una interrogazione al Ministro degli esteri per sapere se intenda adire alle proposte del Consiglio federale.

Per una clinica.

Il Ministro della P. I. ha approvato il progetto di restauri alla nuova clinica oculistica universitaria di Bologna. Esso importa un preventivo di L. 200,000. I lavori saranno compiuti nel prossimo maggio. La clinica riattata costituirà un vero ospedale oftalmico.

Corsi di perfezionamento in igiene pratica.

Si terranno a Catania, Palermo, Pavia e Torino nei mesi di aprile e maggio, sotto la direzione dei professori Di Mattei, Manfredi, Sormani e Pagliani.

Croce Rossa Italiana.

Dietro insistenti richieste del Governo bulgaro tredici militi della Croce Rossa Italiana, che da tempo dovevano lasciare Lule Burgas, vi si sono trattenuti.

Rendevano segnalati servigi sovratutto dopo la partenza delle missioni straniere.

In questi giorni hanno lasciato Lule Burgas per rimpatriare, diretti a Sofia, Belgrado e Ancona.

Un nuovo compito della Direzione di Sanità.

Il sen. Grassi ha presentato un'interpellanza alla presidenza del Senato sull'opportunità che venga affidata alla Direzione di Sanità la difesa delle piante coltivate contro le malattie parassitarie, in considerazione dei servigi che essa già rende per difesa dell'uomo e degli animali domestici contro le malattie diffusive.

La rubrica della beneficenza.

Un benefattore il quale intende assolutamente di conservare l'incognito ha consegnato al Presidente della Congregazione di Carità di Roma un'oblazione di lire cinquemila, con l'incarico di erogarla in quella forma di beneficenza che reputerà più opportuna.

Essa è stata destinata all'arredamento dei nuovi Padiglioni Pelagallo recentemente costruiti nell'Ospizio Umberto I e che fra poco funzioneranno per il ricovero di vecchi inabili.

Riportiamo dall' *Avvenire Sanitario*:

La signora Maria Pizzi Ghizzoni, recentemente defunta, lasciava a beneficio del Civico Ospedale di Codogno circa 70 mila lire, e a beneficio dei due orfanotrofi locali altre 40 mila, rappresentate da beni rustici.

Ad Aviano (prov. di Udine) il geometra Giorgio Penzi, morto in questi giorni, ha lasciato a favore dell'ospedale locale lire 50.000.

Ad Urbino il comm. Giuseppe Fiocchi Nicolai, presidente della Facoltà di Giurisprudenza e sindaco della città, testè defunto, ha lasciato per testamento che colla sua sostanza venga eretta una villa a favore dei bambini del popolo.

A Chiavazza (Biella) il cav. Umberto Gamba ha nominato erede della sua sostanza — calcolata superiore alle 50 mila lire — l'ospedale di Biella.

A Vicenza il sacerdote don Gaetano Bellotto ha lasciato all'ospedale civile L. 80,000.

A Mantova la signora Giuseppina Paratti lasciò, morendo, 50.000 lire in beneficenza, comprendendo in essa l'orfanotrofio femminile, l'ospedale civile e l'Istituto dei rachitici di quella città.

A Crema è morta in questi giorni la marchesa Alba Zurla Rovereti di Milano. Essa ha lasciato, tra diversi altri legati di beneficenza, dieci mila lire all'ospedale civile, diecimila all'opera *Pro-Chronicis* e cinquemila all'Istituto delle sordomute.

I Manoscritti Vinciani.

Si è riunita, or è qualche tempo, in una sala del Senato, la Commissione Reale per la edizione nazionale dei manoscritti e dei disegni di Leonardo da Vinci, sotto la presidenza del sen. Blaserna.

Della Commissione fa parte il prof. Romiti per le scienze mediche.

Si stabilirono le modalità per raccogliere le fotografie di tutti i fogli autografi del Da Vinci, disseminati nelle varie biblioteche e nei musei di Europa. Questi fogli sommano a parecchie migliaia.

Si procederà poi a riordinare la materia secondo la classificazione delle scienze additata da Leonardo. Si correderanno i diversi volumi di copiosi indici razionali. Completeranno l'edizione volumi comprendenti tutta la parte biografica e bibliografica relativa al sommo autore.

Il comm. Gino Modigliani ha donato 100,000 lire per condurre questo lavoro. La Commissione, su proposta del vice-presidente on. Cermenati, ha votato un plauso al generoso donatore.

Corso d'igiene in un Seminario.

Il prof. E. Bertarelli, direttore dell'Istituto di igiene dell'Università di Parma, ha tenuto un corso d'igiene e due conferenze-lezioni contro la tubercolosi nel Seminario maggiore di quella città.

Vi assistettero, oltre agli allievi, molti sacerdoti.

Un nemico dell'igiene.

Contro l'on. Cornaggia è stata chiesta alla Camera dei deputati l'autorizzazione a procedere, pel fatto che, per verbale dei carabinieri, si dovrebbe aprire contro di lui procedimento penale, essendo egli proprietario di un dormitorio antigienico dove si ricoverano molti suoi lavoratori risaiuoli dell'uno e dell'altro sesso.

L'autorizzazione è stata concessa.

Contro gli esperimenti pubblici d'ipnotismo.

L'on. Giolitti ha diramato ai signori Prefetti una circolare con la quale, richiamandone altra del giugno 1886, si fa ordine di vietare gli spettacoli d'ipnotismo, magnetismo, mesmerino, fascinazione, suggestione e simili in pubbliche riunioni.

La circolare è stata provocata dalle lagnanze che hanno destato gli esperimenti del Pickmann e del Mapelli a Milano, delle quali si fece eco presso il Consiglio Sanitario Provinciale il senatore Malachia De Cristoforis e che furono comunicate al Governo dal Prefetto sen. Panizzardi.

Assegnazione di premi.

Fra i premi messi a concorso dall'Accademia delle Scienze di Parigi il più ingente è quello Bréant, di 100,000 franchi, per la cura del colera asiatico. Il premio non è stato ancora conferito; ma sui proventi sono stati assegnati quest'anno 2500 franchi al dott. Carlos J. Finlay ed altrettanti al dott. Aristides Agramonte, di Avana, per l'opera da essi compiuta contro la diffusione della febbre gialla mercè la distruzione delle zanzare *Stegomyia*.

Festeggiamenti e onoranze.

Il Comune e il Consiglio ospedaliero di Lugo, in Romagna, hanno eretto nell'ospedale Umberto I un busto in marmo al prof Giovanni Giovannini, già chirurgo primario e direttore di quell'Ospedale.

Alla solenne cerimonia assisteva il festeggiato. Parlarono il presidente della Congregazione di carità, che prese consegna del monumento; il professore Rossi, che succedette al prof. Giovannini nella direzione dell'ospedale; l'on. Brunelli. Rispose profondamente commosso il dott. Giovannini, ringraziando pel grande onore fattogli dalla cittadinanza.

La popolazione di Salara (Rovigo) ha offerto una medaglia d'oro al proprio medico condotto, dott. Giovanni Martini, di 34 anni, quale attestato di gratitudine per l'opera solerte e amorevole da lui prestata.

Festeggiamenti sono stati resi ai dottori Vittorio Butta, medico condotto di Gussago (Brescia), ed Egidio Bardelli, medico condotto di Moneglia (Genova), in riconoscimento alla loro bontà, operosità e valentia professionale.

Una contravvenzione.

Una certa signora Modesta Fumagalli di Milano venne posta in contravvenzione perchè senza esserne autorizzata fabbricava e spacciava dello yoghourt, di cui mediante cartoline-réclame vantava l'efficacia contro le affezioni intestinali. Rinviata al giudizio del Tribunale, la perizia medica sostenne che lo « yoghourt » non è uno specifico farmaceutico nel senso voluto dalla legge, ma un alimento con proprietà terapeutiche. Il perito medico dott. Saffi provò che all'analisi compiuta nell'Ufficio d'Igiene il prodotto risultò immune da fermenti nocivi alla salute. In seguito a che il Tribunale assolse, per inesistenza di reato.

Rassegna della stampa medica.

« Pathologica », 1° genn. Torraca. Sull'azione battericida di alcuni colloidi metallici sul b. del carbonchio. — Mello. Iso- ed auto-anafilassi serica sperimentale. — Sabbatani. Tossicità dello solfo colloidale per iniezione endovenosa. — Segàle. Sulla presunta importanza del complemento nella produzione dello shock anafilattico.

« Gazz. Med. It. », 2 genn. Lanfranchi. Tripanosomiasi umane ed animali.

« La Med. Ital. », 20 dic. Greco. Deturpamento del volto per sifilide.

« Rif. Med. », 4 genn. Ruggi. Cura chirurgica di alcune lesioni periferiche che ledono i centri del sistema nervoso. — Tansini e Morone. Splenomegalia; intervento. — Evangelista. Sifilide spinale.

« Pensiero Med. », 5 genn. Tansini. La odierna chirurgia gastro-intestinale.

« Klin.-ther. Woch. », 6 genn. — Zieler. La cura moderna della sifilide.

« Münch. Med. Woch. », 7 genn. Romberg. Sulla digitale. — Caan. La cura dei tumori maligni con sostanze radioattive.

« The Amer. Journ. of the Med. Sciences », genn. Von Noorden. La teoria e il trattamento del diabete. — Stengel. Le cause extra-cardiache dello scompenso nei vizi valvolari del cuore. — Crile. La teoria cinetica della malattia di Basedow.

« Medic. Record », 4 genn. Dana. L'esame della mente.

« Paris Méd. », 4 genn. Numero dedicato alla fisioterapia.

« Le Bull. Méd. », 4 genn. Plicque. I mezzi diuretici medicamentosi e non medicamentosi.

« The Quarterly Journal of Med. », genn. von Bonin. Sul dispituitarismo. — Butler. La fragilità dei corpuscoli rossi. — Fowell. Il ferro nel sangue. — Lewis. Tipi eccezionali di bradicardia.

« Berl. Klin. Woch. », 6 genn. Heffter. Le basi della farmacoterapia. — Ewald. Le malattie intestinali negli ultimi 50 anni. — Bernhardt e Ornstein. Sulla variabilità dei microrganismi patogeni.

« Gaz. d. Hôp. », 2 e 7 genn. Voisin e Stévenin. La meningite da pneumococchi. — Piéry e Le Bourdellès. I risultati clinici della cura Forlanini.

« Gazz. d. Osp. », 7 genn. Costantini. La sorte dei bacilli tubercolari dentro i vasi sanguigni.

« La Presse Méd. », 8 genn. Lippens. La fisiologia normale e patologica del peritoneo.

« Deut. Med. Woch. », 9 genn. Foercler. Gli esercizi compensatori nella tabe. — Schmidt. Gotta « calcare » e metastasi « calcare ». — Conradi. Sui portatori di bacilli del tifo.

« Gaz. d. Hôp., 9 genn. Adam. L'echinococcosi alveolare (multiloculare).

« Bull. de l'Ac. de Méd. », 7 genn. Pozzi. La vita autonoma degli apparecchi separati dall'organismo.

« Arch. p. le Sc. Med. 5°-6° » (11 genn.). Cesaris-Demel. Sulla riproduzione dello shock anafilattico nel cuore isolato. — Sotti. Sulle formazioni pseudovalvolari dell'endocardio. — Donati. Studi sull'anafilassi. — Fasiani. Influenza dei sali di selenio e di tellurio nell'autolisi di tessuti normali e patologici.

« La Stomatologia », 11 genn. Beretta. La cuticola dello smalto — Arnone. Fistole cutanee di origine paradentaria.

« La Crónica Méd. », 10 genn. Candela y Plá. La medicazione endovenosa.

Il fascicolo di febbraio 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Roberto Alessandri** e **dott. Angelo Chiavaro** - Resezione di tre quarti della mandibola per via orale e nuovo metodo di protesi mandibolare definitiva.

II **Dott. F. Putzu** - Contributo allo studio dell'ernia della vescica.

III. **Dott. Mario Fasano** - Sarcoma muscolare primitivo e miomectomia.

IV. **Dott. Nicola Leotta** - Le obliterazioni dei vasi mesenteriali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 23 marzo 1913* Fasc. 12

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma

diretta dal prof. G. FERRERI.

Sull'esistenza di una forma di cefalea di origine tiroidea

per il prof. G. BILANCIONI, assistente di Clinica ed aiuto degli Ospedali Riuniti.

È nota l'efficacia della terapia iodica, mediante iniezioni intraparenchimatose, nelle forme di gozzo gelatinoso. Con questo metodo ho potuto curare e seguire fino a guarigione tre inferme strumose, di cui riassumo le storie cliniche:

I. — F... A..., di Roma, di anni 18, donna di casa. Nulla di notevole nel gentilizio. Da bambina non ha sofferto di alcuna malattia degna di nota; a pochi mesi d'età fu operata di un probabile adenoflemmone alla regione laterale destra del collo, di cui residua cicatrice lineare.

A circa 18 anni mestruata; i flussi non furono mai regolari, per frequenti assenze; essi sono indolori.

Da circa un anno avverte una certa difficoltà di respiro, dispnea da sforzo, facili sudori, vampe al viso, voce velata quasi costantemente, a periodi vera afonia. Da sei mesi ha notato lo aumento della glandola tiroide e l'aggravarsi dei fenomeni generali. Ha ora anche tosse cupa, secca. Il gozzo si accentua nei periodi premestruali.

Esame obiettivo. — Sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari e pannicolo adiposo ben sviluppato. Assente qualunque risentimento glandolare.

Cuore: nei limiti normali. Il primo tono è impuro su tutti i focolai; lieve rinforzo del secondo sulla polmonare.

Nulla al torace e all'addome.

Tiroide: all'ispezione si nota una tumefazione mediana, prominente come una grossa noce, a carico quasi totalmente del lobo medio. In alto copre in gran parte la cartilagine tiroide, in basso riempie la fossetta del giugulo, ai lati si va smorzando presso gli sterno-mastoidei. Tutta la tumefazione è rivestita di cute normale per aspetto e per colorito: essa non è aderente al tumore sottostante, il quale ha superficie liscia, consistenza molle-flaccida, non riducibile; ha limiti abbastanza netti quali risultano all'ispezione. Non trasmette fremiti, non dà alcun rumore particolare. Contrae intimi rapporto col tubo laringo-tracheale, seguendolo nei movimenti respiratori.

Guarigione stabile dopo 14 iniezioni bisettimanali.

II. — C... C..., di anni 38, da Montebuono Sabino, ostessa. Nessuna malattia degna di nota nell'infanzia, eccetto frequenti palpitazioni cardiache alla pubertà. Mestruata a 15 anni i catameni seguirono regolari, senza speciali sofferenze. Ha avuto cinque gravidanze, di cui due interrotte in epoca abortiva. Ebbe a soffrire patemi a cagione della prole (ha perduto un figlio annegato).

Attualmente è gravida, e al terzo mese si è avveduta dell'ingrossamento della tiroide, che ai primi giorni era anche un po' dolente. Contemporaneamente fu presa da profonda astenia.

Esame obiettivo. — Donna di costituzione scheletrica regolare, masse muscolari e pannicolo adiposo discreti. Nulla a carico delle regioni glandolari. Cute e mucose visibili piuttosto pallide.

Organi toracici e addominali integri.

Quanto al gozzo, all'ispezione si nota nella regione anteriore del collo una tumefazione trilobata del volume totale di un mezzo arancio; dei tre lobi il mediano, quindi il laterale destro, sono i più interessati. Quest'ultimo rasenta lo sternomastoideo omonimo; il tumore in alto copre la cartilagine tiroide, in basso si arresta a due cm. sopra l'incisura sternale.

La cute di rivestimento ha aspetto normale; attraverso di esso si nota che il tumore ha superficie liscia, consistenza elastica, che non è fluttuante, nè riducibile. Non è sede di fremiti o di rumori vascolari. Non contrae rapporti con muscoli, nervi o vasi del collo; aderisce strettamente alla trachea.

Guarigione completa con 16 iniezioni.

III. — M... E..., di Orvieto, di anni 15, scolara. Nulla nel gentilizio e nei collaterali. Sino dalla prima età fu gracile e malaticcia. Soffrì i comuni esantemi dell'infanzia; a 11-12 anni ebbe otite media purulenta cronica, per la quale dovette sottoporsi alla Stacke. A 13 anni ebbe polmonite franca sinistra e pleurite essudativa consensuale. Dopo circa sei mesi prese a suppurare l'orecchio medio sinistro, e così ostinatamente da richiedere pure l'intervento radicale.

Da due anni mestruata, i periodi si seguono sempre irregolarmente, accompagnati da dolori.

Durante la degenza in Clinica per la prima operazione di Stacke, si avvide della tumefazione a carico della tiroide. Essa rimase stazionaria sino ad alcuni mesi fa, in cui venne aumentando e però l'inferma ricorse alla nostra cura.

Esame obiettivo. — Soggetto scarno, costituzione scheletrica regolare, muscolatura flaccida. Mucose visibili e cute pallida. Piccole glandole latero cervicali numerose. Ha sovente elevazione di temperatura serotina; facile dispnea da sforzo.

Torace piatto, scapole alate. Riduzione di suono in tutto l'ambito sinistro; nulla all'ascoltazione.

Cuore: nei limiti normali. Toni parafonici su tutti i focolai. Polso ritmico, 90.

Addome: nulla di abnorme.

La tiroide è modicamente ingrossata *in toto*, come un mandarino schiacciato, ricoperta di cute spostabile, senza ectasie vasali; ha superficie liscia, consistenza molle, elastica, è spostabile abbastanza ampiamente nei movimenti passivi e segue quelli del tubo aereo. Non è riducibile; non dà fremito, nè rumori.

L'inferma ha praticato 17 iniezioni.

L'andamento della malattia e della cura, condotta *lege artis*, fu dunque affatto normale e non avrebbe meritato di fermare l'attenzione del medico, che come un modesto contributo a conforto di una terapia ormai classica, se nel suo decorso non avessi osservato un fatto che per la sua obbiettività e grande costanza, mi ha portato a svolgere alcune riflessioni di fisiopatologia sulla glandola tiroide.

Esse considerano un lato particolare della funzione tiroidea di natura così complessa, che si snoda in aspetti così vari e dissimili; e però debbono giudicarsi in rapporto al fatto speciale preso in esame, senza applicarle, esagerarne il valore o volerne estendere l'applicazione oltre i brevi confini prestabiliti.

Le tre inferme, le quali si presentavano alla cura ambulatoriamente e in epoche diverse — così da poter escludere la suggestione reciproca — si lamentavano durante l'iniezione della soluzione iodica nella glandola ipertrofica di una fiera cefalea.

Questa molesta e insolita percezione di gravezza ottusa, o di ingrata distensione — come esse la definivano — prendeva in modo istantaneo specialmente l'occipite e talora una, di solito la destra, delle regioni temporo-parietali; e le era inerente come un transitorio senso di obnubilamento della coscienza. Costringeva le

pazienti a portare le mani alla nuca, a estendere il capo indietro, mentre gli occhi dolevano alla loro radice (come aveva notato Galeno in alcune cefalee) e lacrimavano, il volto s'impallidiva e vi si dipingevano i segni di viva sofferenza.

Assenti le modificazioni del polso e del respiro. Pochi minuti dopo le condizioni normali si ristabilivano e le pazienti potevano tornare alle loro case senza essere afflitte nè nel giorno stesso, nè nei successivi, da alcun disturbo.

Il ripetersi del fenomeno ad ogni puntura, richiamò la mia attenzione e pensai si trattasse di un fatto riflesso, forse provocato dal dolore urente, piuttosto vivace, che induce localmente la soluzione iodo-iodurata alla Durante. Mutai quindi miscela, ricorrendo a quella preparata dall'Antolini, con la quale non si sente dell'iniezione che il fugace percorso dell'ago nella cute. Pure il fenomeno si ebbe sempre, senza alcun mutamento nella sua intensità. Non rimanevano che due ipotesi a tentativo di spiegazione del fatto di evidenza clinica indiscutibile:

a) l'introduzione del medicamento direttamente in circolo;

b) un'azione nervosa riflessa, indotta a mezzo della glandola tiroide, agente da regolatore del circolo cerebrale.

***

Mi è sembrato di potere escludere la prima ipotesi sia perchè, ammettendola, il fenomeno non dovrebbe essere costante, data l'immissione dell'ago in lacuna sanguigna dello struma come accidente eventuale; sia perchè è noto, sino dalle belle ricerche fatte da Spolverini, nel reparto ospedaliero diretto dal Bignami, che si possono praticare impunemente iniezioni endovenose di soluzioni iodiche, anche a dosi maggiori di quelle da me usate, senza che i malati risentano sofferenze. Inoltre lo Schiassi ha proposto e attuato (*La Sem. Méd.*, 1908, n. 51) quale cura delle varici degli arti inferiori le iniezioni endovenose di una soluzione iodo-iodurata senza avere a lamentare alcun inconveniente.

I ricordi scolastici rimandano senz'altro alla ipotesi che considera la tiroide, glandola eminentemente vascolare, come serbatoio di scarico, ipotesi che perdette terreno di fronte alle nuove conquiste sull'endocrinismo, alla quale tuttavia — nota il Luciani — « non si può negare un qualche fondamento obiettivo ».

Osserviamolo. Tenendo conto della topografia della glandola, sita tra il cuore e l'encefalo, dei grossi vasi arteriosi di cui è fornita, provenienti da sorgenti multiple (ma tutte sulle vie di apporto al cervello) e corsi da una quantità di sangue sproporzionata a quella necessaria alla particolare funzione dell'organo, nel 1791 lo Schreger pensò che la tiroide funzionasse da ordigno regolatore del circolo per il capo: « haec glandula sanguinis immodicos appulsus a cerebro aderceat et moderetur ». Beniamino Rush (1806) appoggiò questa ipotesi: egli osservava che la perdita completa della glandola esercita una considerevole azione sul cervello e spiegava il maggiore sviluppo della tiroide nella donna, con la facile predisposizione di essa alle emozioni associate ad eccitamento cardiaco. Intanto Flajani (1802) e Basedow (1840) avevano coordinato in una unità clinica i fenomeni del gozzo esoftalmico, in cui l'ingrossamento della tiroide s'accompagna a sintomi cardiaci e ad altri disturbi vascolari specie della testa; e così von Liebermeister (1864) fece rifiorire la dottrina, cercando di mettere in luce la grande importanza del meccanismo regolatore rappresentato dalla tiroide — col dilatare o contraendo i suoi vasi — in tutti i casi in cui v'è minaccia di pletora o di anemia cerebrale.

Gujon (1868) adottò un modo di vedere affine a questo, ma più artificioso, sostenendo che ogni innalzamento della pressione encefalica produca, per dilatazione vasale passiva un aumento volumetrico della tiroide; esso a sua volta determina una compressione sulle carotidi e impedisce che il sangue affluisca in gran copia entro il cranio.

Elia de Cyon (1897-98) tentò di fondere la teoria idraulica con quella che attribuisce alla tiroide una funzione secretoria antitossica, diretta ad allontanare un materiale tossico per il complessivo organismo. Per l'A. russo la tiroide forma e immette nel sangue una sostanza (la *iodotirina* di Baumann, o *tireoglobulina* di Oswald), destinata ad attivare o a mantenere elevato il tono funzionale dei centri nervosi regolatori dei battiti cardiaci.

A misura che gli epiteli glandolari formano l'*iodotirina*, i sali di iodio circolanti allo stato libero nel sangue, che hanno azione paraliz-

zante sull'apparato regolatore dei moti del cuore (nervi depressori e pneumogastrici) sono sottratti dal circolo e resi innocui, entrando in combinazione organica. Il cuore, a mezzo dei depressori e dei rami cardiaci dei ricorrenti, esercita un diretto dominio sulla tiroide come organo endocrino, determinando la produzione del *quantum* di iodotirina necessario alla sua normale attività.

L'iodotirina adunque aumenta l'eccitabilità del X paio e dei nervi depressori e diminuisce quella degli acceleratori cardiaci. Ora, si è constatato che negli animali gozzuti e in quelli tiroidectomizzati il gruppo dei depressori è meno eccitabile, mentre gli acceleratori cardiaci lo sono di più. Di qui il rapporto intimo stabilito dal Cyon tra la secrezione iodata della tiroide e il funzionamento dei nervi regolatori del cuore.

Contemporaneamente a questa funzione endocrina la tiroide si oppone a un soverchio afflusso di sangue al cervello derivando a traverso i suoi vasi, obbedienti a energici vasomotori, gran copia di sangue in breve tempo. Quindi agisce come un circuito secondario di poca resistenza, una vera *écluse des carotides;* e tale compito di vigilanza sul circolo cerebrale è regolato dal cuore, che per la via dei depressori può determinare la dilatazione attiva delle arterie tiroidee, diminuendo la massa di sangue irrorante l'encefalo.

Naturalmente, non tutto quanto si è esposto in modo obiettivo è accettabile; ma certo può asserirsi che l'influenza regolatrice, o compensatrice, del circolo cerebrale attribuibile alle arterie tiroidee può stare accanto alla funzione specifica della tiroide come organo endocrino, senza intralciarne l'opera. Dobbiamo anche tener conto nei nostri casi del simpatico cervicale, che dà terminazioni alla glandola e oltre una funzione stimolatrice sull'attività secretoria propria della glandola stessa (Marotta) facilmente suscita dei riflessi vasali; è classica l'esperienza riferita da Brown-Séquard nelle sue *Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, sur l'épilepsie et sur les actions réflexes normales et morbides* (1872), con la quale ha mostrato che la sezione del simpatico cervicale è seguìta da una vasodilatazione cerebrale. Inversamente Vulpian notava (*Leçons sur l'appareil vasomoteur*, 1878) che la faradizzazione degli estremi cefalici dei due simpatici cervicali produce anemia cerebrale.

(4)

A sincerarsi degli eventuali mutamenti nel circolo endocranico non rimaneva che esplorare il fondo dell'occhio, immediatamente prima e subito dopo l'iniezione iodica intraparenchimatosa. Ciò fu fatto; ma gli oculisti non notarono una modificazione apprezzabile, di una qualche durata, nel calibro dei vasi retinici (1).

Si potrebbe obiettare che questo non è argomento decisivo, in quanto sappiamo che le condizioni circolatorie nella cavità endocranica sono talmente complicate, che allo stesso tempo vi può essere iperemia arteriosa e anemia venosa e viceversa. Lo stesso Mosso, a proposito degli studi sull'origine vascolare del sonno, non fu in grado per qualche tempo di pronunciarsi sicuramente se si avesse in quello stato iperemia o ischemia cerebrale.

Nel circolo endocranico il sistema venoso ha un'evidente preponderanza: ogni arteria è accompagnata da due vene, di cui ciascuna è più ampia delle arterie: le vene sboccano nei seni della dura madre, enormi bacini di raccolta, che riescono nelle vene giugulari interne, il cui calibro alla sua volta è inferiore alla somma dei seni e delle vene cerebrali.

Le vene giugulari interne poi in prossimità della rocca petrosa si allargano in un bulbo muscoloso, provvisto di due ampie valvole e di una fitta rete di fibre nervose, provenienti dal plesso superiore simpatico del collo, dal ganglio petroso e dal ganglio giugulare; con molta probabilità questo bulbo serve di regolatore della circolazione venosa cerebrale, poi-

(1) Troviamo in un lavoro di A. Neuschüler (*Simpatico e tensione oculare*, Annali di ottalmol., XXVIII, 1899) tentata una simile ricerca. Ecco quanto l'A. conclude: « La sezione del simpatico porta quindi una dilatazione dei vasi retinici visibile all'oftalmoscopio, e ciò è in pieno accordo con le idee dell'Angelucci e del Sinitzin che constatarono una dilatazione dei vasi del tratto uveale negli animali in tali condizioni.

« Facemmo anche l'esame oftalmoscopico durante l'eccitazione del simpatico... L'esame durante l'eccitazione è delicato e può trarre in errore. A primo acchito si direbbe che nulla muta del fondo oculare durante l'eccitazione, ma se si sceglie un punto in cui una arteria interseca una vena allora, avendo questa ultima per paragone, si osserva che qualche momento dopo l'eccitazione del simpatico l'arteria comincia a diminuire di calibro e ad impallidire *fino quasi a scomparire* ».

chè nella sua contrazione le valvole vengono a chiudere quasi completamente lo sbocco inferiore e quindi il deflusso del sangue dalla cavità endocranica (Natanson).

Un'influenza del simpatico, a traverso la glandola tiroide, è dunque giustificabile e può spiegare la cefalea occipitale gravativa osservata nei nostri casi.

***

Non è poi da trascurare un altro fattore che può divenire di grande momento nel meccanismo del fenomeno che studiamo.

La tiroide, nel suo complesso officio glandolare, è certamente l'organo che presiede al metabolismo dello iodio nell'organismo. Normalmente da un lato libera quest'ultimo dallo iodio inorganico che proviene dall'intestino, dall'altro lo trasforma in un composto organico, sia la tireoglobulina o la iodotirina.

Ora, sembra che la tiroide degli strumosi sia capace di assimilare grandi quantità di iodio e di eliminarlo più rapidamente che d'ordinario. A. Kocher studiando, dietro consiglio di Teodoro Kocher, l'eliminazione dello iodio nelle urine e i suoi rapporti con il contenuto dei gozzi in iodio e la diminuzione del loro volume, vide che nei gozzuti le quantità di iodio eliminato per l'emuntorio renale sono molto variabili, anche nello stesso individuo. In numerosi pazienti si trovano nelle urine quantità di iodio superiori alla norma e tale aumento nel tasso del metalloide va di pari passo con una diminuzione di volume del gozzo, mentre quando il contenuto ritorna normale non si nota alcuna nuova modificazione a carico del tumore. Nelle urine di alcuni malati, il cui gozzo subì una diminuzione notevole e rapida, si trovano cifre di iodio superiori a quelle che erano state somministrate.

Boltenstern ha pure richiamato l'attenzione, date queste modificate condizioni fisiopatologiche della tiroide, sugli accidenti di natura basedowiana che presentano certi gozzuti in seguito alla somministrazione di iodio. L'A. mette in rilievo che i disturbi osservati non dipendono dal modo di somministrazione dello iodio, nè dalla quantità somministrata. D'altronde è risaputo che nei paesi ove è endemico il gozzo, tutti gli abitanti presentano una sensibilità esagerata di fronte allo iodio, anche se non è manifesto alcun sintoma di ipertrofia tiroidea.

Questi fatti, oltre quelli dello stesso ordine, riferiti da Krehl, Wolfsohn, Pineles, dimostrano l'esistenza di molteplici condizioni in cui lo iodio può agire, trovando nella tiroide più o meno alterata un sensibile organo reagente.

E, senza voler dar giudizio sul valore della ricordata serie di fatti e di ipotesi, ho voluto soltanto richiamare come il sintoma cefalea da me notato e che insorge istantaneo e transitorio durante le iniezioni iodiche nel parenchima della tiroide, trovi un modo di spiegazione in quel gruppo di fenomeni.

***

Avevo già conchiuso questa breve nota quando ho conosciuto alcuni dati bibliografici che vengono a confortare la realtà del fenomeno da me osservato.

Il Müller fa notare che molte delle malate colpite da *cefalea muscolare* presentano una degenerazione strumosa della tiroide e Leopold Levi e il De Rotschild dedicano un capitolo del loro interessante volume di endocrinologia a una classe di disturbi della sensibilità, i quali talora assumono caratteri di sindromi specificate (emicrania, nevralgie), talora hanno aspetto clinico più incerto (dolori nevralgiformi, emicranoidi), pur essendo sempre di origine tiroidea: *disestesie tiroidee.*

Avevo dunque con ragione pensato a un legame causale tra la cefalea e il gozzo, esistenti nei casi da me studiati.

BIBLIOGRAFIA.

BÉRARD. *Corps Thyroïde* (in Nouveau traité de chirurgie di Le Dentu et Delbet, XX, 1908).

BILANCIONI. *Osservazioni sulla cura iodica intraparenchimatosa del gozzo* (Bollett. delle malattie dell'or., della gola e del naso, 1912, n. 9).

BOLTENSTERN. Zeitschr. für aerztl. Fortbildung, 1912.

CERIOLI. *Morbo di Basedow conseguente all'uso di preparati iodici* (Il Policl., sez. pr., 1909, 527).

CONSIGLIO. *L'opoterapia tiroidea contro l'emicrania oftalmica* (Gazz. degli Ospedali, 1904).

DUGUET. *Goîtres et médication iodée interstitielle.* Paris.

D'ANTONA. *Sulla cura intraparenchimatosa del gozzo.* (Rendiconto scient.-clinico di un quinquennio della 1ª Clinica chir. di Napoli, Napoli, 1910, 181-2).

KOCHER. Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir., XIV, 1905.

LEOTTA. *Contributo alla cura iodica del gozzo.* (Il Policl., sez. pr., 1907, 1473).

LEVI et DE ROTHSCHILD. *Nouvelles études sur la physiopathologie du corps thyroïde et des antres glandes endocrines.* Paris, 1911.

MAROTTA. *Alterazioni della tiroide in seguito alle lesioni sul gran simpatico* (Giorn. inter. delle Sc. med., 1912).

MÜLLER. *Der muskuläre Kopfschmerz, sein Wesen und seine Behandlung* (Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk., 1910, 3-4).

NARDELLI. *Importanza di un nuovo metodo per la ricerca dello iodio nelle tiroidi.* (Arch. di Farmac. sper. e Sc. affini, IX, 1910).

SPOLVERINI. *Nuovo metodo di cura colle iniezioni endovenose di iodio metallico* (Il Policl., sez. med, 1900, VII, 225); *Sull'azione terapeutica delle iniezioni endovenose di iodio* (Ibid., 1901, 289).

SUNTI E RASSEGNE

OSTETRICIA.

Cause e cure dell'infezione uterina in parto ed in puerperio.

(WINTER. *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*).

Su questo vasto tema l'A., direttore della Clinica di Königsberg, pubblica un accurato studio che divide in quattro capitoli.

I. FEBBRE NEL PARTO.

Il parto si svolge in un territorio che è privo di batteri nella sua sezione superiore, ma ne contiene sempre nella inferiore. E poichè il parto produce sempre abrasioni o lacerazioni dalle quali, in puerperio, si ha un intenso assorbimento che può avvicinare i germi al peritoneo e alle grosse vene pelviche, ci sorprende che anche nei parti normali, senza interventi sui genitali, non si verifichino di solito processi morbosi. Occorre quindi, se si vuol intendere facilmente perchè nei parti anormali sopraggiungano infezioni, conoscer le ragioni per cui i germi non producono fatti morbosi nei parti fisiologici.

La residenza dei germi batterici è sempre sui dintorni del pudendo e specialmente sui peli, nella vagina e nella parte bassa del canal cervicale, mentre la sezione superiore di quest'ultimo e la cavità uterina sono prive di germi nelle donne sane. Il limite tra le due sezioni del canal cervicale è variabilissimo, sopratutto se si considerano le differenze tra primipare e pluripare: in queste ultime i germi si trovano almeno in tutto il terzo inferiore del canale spesso beante e con ectropion.

Tanto nella vagina che nel canale cervicale (terzo inferiore) trovansi, costanti abitatori, germi capaci di provocare febbre puerperale, sopratutto stafilococchi e streptococchi, ma forniti di scarsa virulenza di fronte a tessuti viventi. Estremamente di rado trovansi invece, nei genitali di gravide o partorienti intatte, gli streptococchi emolitici, che rappresentano le forme più virulente dei germi abitatori della vagina. Perciò fino a che non avvengono modificazioni della flora batterica ed i batteri non oltrepassano il limite in alto, difficilmente avranno luogo malattie durante il parto o l'aborto. Ma il minimo intervento altera le condizioni: il dito esploratore trascina i germi persino nel segmento uterino inferiore dove trovano, nella parete denudata di corion già durante il parto, una ferita su cui possono fissarsi e produrre o no malattia a seconda della loro virulenza e della vitalità dei tessuti. Anche senza esplorazione però può avvenire che lembi di involucri ovulari o pezzi di placenta rimangano pendenti fuori del canal cervicale in modo da formare un ottimo terreno di cultura, trattandosi di tessuti morti, e nello stesso tempo un ponte di passaggio ai germi tra la parte provvista e quella sprovvista di batteri: se in tal caso il parto o l'aborto si prolungano tanto da permettere l'invasione della cavità cervicale ed uterina da parte dei germi, sorgono processi morbosi senza che un qualsiasi intervento ne abbia aiutata l'importazione.

Dobbiamo adunque ritenere come cause della febbre durante il parto o l'aborto, il trasporto diretto dei germi patogeni col dito esploratore o la loro spontanea immigrazione nella cervice attraverso terreni di cultura ivi esistenti. Non è quindi più da dare importanza all'elevazione di temperatura dovuta ad eccessivo lavoro muscolare come lo stesso Winter sosteneva per l'addietro: chè infatti il meccanismo regolatore del calore garantisce una dispersione del calore interno e la temperatura può elevarsi tutt'al più di qualche decimo.

La temperatura elevata in donne che partoriscono o abortiscono, se non trova una spiega-

zione extragenitale, deve dunque la sua origine alla infezione delle ferite del parto. Il Winter fece eseguire dall'Ihm già alcuni anni addietro accurate ricerche per le quali potè stabilire, come cause predisponenti della febbre nel parto, la primiparità, la situazione anormale del feto, gravi sproporzioni del bacino e delle parti molli, lunga durata del parto e rottura precoce delle membrane. Da alcune condizioni si può trarre, secondo l'Ihm, anche un pronostico più o meno deciso per il puerperio: così per esempio mentre la sola primiparità o il solo prolungarsi del travaglio non rappresentano in sè un grave pericolo per il puerperio, invece la *tympania uteri* e lo scolo molto fetido sono momenti prognostici sfavorevoli: l'altezza assoluta della febbre e perfino i brividi non sono segni così nettamente cattivi per la prognosi come la persistente frequenza del polso. Altri importanti risultati ottenne l'Ihm riuscendo a combattere validamente l'opinione che con un parto quanto mai rapido potesse esser combattuto e rimosso lo stato d'infezione. Sebbene ciò teoricamente sembri verosimile, pure l'Ihm trovò una morbilità puerperale del 25.5 % nei parti spontanei e del 45.5 % in quelli operativi; e rispettivamente una mortalità del 0 % negli uni e del 3.41 % negli altri: egli potè inoltre constatare che il puerperio decorre tanto più favorevolmente quanto più facile è l'intervento e senza lesioni notevoli dei genitali, chè infatti le semplici applicazioni di forcipe o le estrazioni a bocca uterina dilatata presentarono una morbilità puerperale del 15-25 %; le difficili applicazioni di forcipe con incisioni il 65 % e la craniotomia ed *exenteratio* il 40-50 %: cifre già tali da far ritenere per lo meno discutibile se lo svuotamento artificiale dell'utero sia un metodo opportuno per la lotta contro la febbre d'infezione.

Il Wirz nel 1909 con accurate ricerche su vasto materiale della Clinica di Basilea venne alla conclusione che il momento etiologico più importante per la febbre in parto è la rottura prematura o precoce delle membrane; e trovò, quanto alla prognosi, che poca importanza aveva la primiparità, ma piuttosto la lunga durata del parto dopo iniziatasi una infezione. Anche il Wirz conviene coll'Ihm che l'altezza della febbre non è un sicuro criterio per il decorso del puerperio, e che invece la prolungata frequenza del polso e la *tympania uteri* sono segni pericolosi. Circa la influenza degli interventi ostetrici è d'accordo coll'Ihm nell'attribuir loro importanza come momenti che peggiorano la prognosi del puerperio; e trova infatti una morbilità del 36.1 % ed una mortalità del 0.6 % nei parti spontanei e rispettivamente 58.6 % e 8.3 % in quelli operativi: delle operazioni sarebbero più favorevoli le versioni ed estrazioni (60 % di morbilità), segue poi il forcipe (70 %) e infine la craniotomia (83 %). Ne trae perciò la conclusione che la prognosi nel parto febbrile è tanto più favorevole quanto meno si interviene e che in tali casi il parto operativo sia giustificato solo se vi è *tympania uteri*, ipertermia e frequenza del polso elevate e persistenti e cattive condizioni generali.

Ma in tutte queste ricerche cliniche il lato batteriologico non era stato considerato: e perciò il Winter fece fare dal suo assistente Sachs accurato studio batteriologico di 670 partorienti di cui 78 con febbre in parto; in queste 78 si trovarono 31 volte streptococchi, 34 volte stafilococchi, 6 volte *bacterium coli*, 1 volta pneumococchi e 6 volte reperto sterile. Gli streptococchi emolitici furono trovati 8 volte. Il Sachs potè convincersi che gli streptococchi emolitici provocano rapidamente fatti morbosi anche senza altri speciali momenti favorevoli (come rottura precoce delle membrane, lunga durata del parto, stenosi pelvica, ecc.) mentre tutti gli altri germi provocano febbre solo se vi contribuisca uno dei suddetti momenti. La prognosi del puerperio può quindi basarsi sulla presenza di streptococchi emolitici che dànno il 100 % di morbilità nei parti febbrili, mentre gli altri germi dànno solo il 50 %: e inoltre le infezioni più gravi e i casi mortali si verificano quasi esclusivamente in seguito ad infezione con streptococchi emolitici. Anche il Sachs non ha potuto trarre alcun criterio prognostico per il puerperio dalla sola lunga durata del parto, o dalla febbre o dai brividi e persino dalla decomposizione putrida della secrezione: ed anch'egli, come l'Ihm e il Wirz, afferma il pericolo dei parti operativi, che secondo i suoi studi dànno il 7 % di mortalità e il 16 % di grave morbilità mentre nei parti spontanei si ebbe 0 % di mortalità e 6 % di grave morbilità. Se si tien conto poi della qualità dei germi si nota che in presenza di streptococchi emolitici le operate avevano 40 % di mortalità e 20 % di grave morbilità e le non operate rispettivamente 0 % e 30 %: invece in presenza di altri germi le operate avevano 2.8 % di mortalità e 16 % di grave morbilità e le non operate rispettivamente

0 % e 3 %. Concludendo, in presenza di streptococchi emolitici è pericoloso ogni intervento e sopratutto la versione combinata nella placenta previa e le difficili applicazioni di forcipe.

Inoltre, poichè la morbilità nel puerperio di parto febbrile ascende a 41-42 % e la mortalità solo a 2.3-2.5 %, non occorre vedere in ogni febbre durante il parto il pretesto per una attiva terminazione del parto stesso. D'altronde però la prognosi del puerperio viene peggiorata dal protrarsi del parto a causa della stasi delle secrezioni e del danno alla vitalità delle parti molli causato dalla pressione del feto. È utile pertanto eccitare le contrazioni, sopratutto con la pituitrina e, se la bocca uterina sia dilatata, il forcipe allo stretto inferiore, l'estrazione semplice, la craniotomia a feto morto poco sfavorevolmente influiranno sulla prognosi: per contro sono da evitare rigorosissimamente incisioni, lacerazioni e contusioni delle parti molli. Là dove la ricerca batteriologica abbia dimostrato presenti gli streptococchi emolitici è sconsigliabile qualunque intervento, la cui utilità d'altronde sarebbe molto discutibile.

II. Aborto febbrile.

I momenti etiologici sono qui sensibilmente diversi: hanno infatti notevole importanza la protratta espulsione delle membrane, l'entrata di batteri nella cavità uterina libera di germi e certi interventi ostetrici, sopratutto lo zaffamento. Nelle grandi città l'aborto criminoso con infezione dell'uovo, dell'utero e tessuti vicini dà il più grande contingente all'aborto febbrile che non differisce dall'aborto legittimo se non nella più frequente precocità dell'infezione, spesso verificantesi a bocca uterina chiusa: in ambo i casi l'etiologia della febbre è dovuta agli stessi momenti (laminaria, zaffamento intrauterino, incompleta rimozione di residui abortivi). È pure da ritenersi come causa frequente della febbre nell'aborto lo zaffamento vaginale. Il Klengel nella Clinica di Lipsia trovò che il 25 % delle donne che avevan subito zaffamento febbricitavano (e nella pratica esterna perfino il 35 %) mentre delle altre solo il 17 %. Sono qui da incolparsi non solo l'insufficiente disinfezione delle dita e dei genitali e l'uso di materiale non sterile, ma anche e sopratutto (secondo il Winter) l'accumulo del sangue dietro lo zaffo nei fornici vaginali non sterilizzabili. Se lo zaffo rimane a lungo o viene rinnovato più volte allora la decomposizione del sangue e degli involucri ovulari risale nella cavità uterina e provoca la febbre. Ma anche nell'aborto intatto può non di rado aversi febbre se i frammenti ovulari espulsi lentamente e sporgenti in vagina facilitano il risalire dei germi dalla vagina nell'utero.

Risulta, da ciò che si è detto, che deve evitarsi il più possibile lo zaffamento, limitandolo ai soli casi in cui vi siano gravi emorragie a cervice chiusa o non dilatabile: è sconsigliabile quindi il comodo e corrente metodo di cura dell'aborto basato sul semplice zaffamento. La rimozione del prodotto abortivo deve esser completa, preferibilmente sotto narcosi: i frammenti ovulari pendenti in vagina o si asportano, o si fanno espellere con ergotina.

Una prima complicazione dell'aborto è data dall'infezione dell'uovo e della cavità uterina. A cavità uterina priva di germi la ferita deciduale guarisce rapidamente, mentre se intervengono dei germi compariscono sintomi morbosi di varia intensità. Nel maggior numero dei casi il processo infettivo locale resta limitato all'uovo ed alla mucosa uterina: la febbre ha un'altezza modica, è intermittente e spesso sparisce, pur persistendo l'infezione; qualche brivido, seguito da fugace febbre, lievi sintomi d'intossicazione e modica frequenza del polso; la decomposizione del contenuto uterino si fa sentire nell'espulsione di sangue e frammenti ovulari di cattivo odore; utero e dintorni sono liberi da ogni sintomo di infiammazione e la malata guarisce. In altri casi invece si rivela la gravità dell'infezione con febbre elevata e continua, con alta e persistente frequenza del polso, con sintomi generali settici; l'infezione tende ad estendersi in una peritonite generalizzata, con sintomi pioemici ed eventuali infiammazioni localizzate nelle tube e nel parametrio ed infine con esito letale.

Anche nell'aborto febbrile le ricerche batteriologiche fatte fare dal Winter su 80 casi, col conforto del decorso clinico, portarono alla convinzione che l'infezione con streptococchi emolitici offre una prognosi molto sfavorevole, mentre tutti gli altri germi fanno emettere un giudizio prognostico piuttosto favorevole. Non tutti gli autori fanno una simile distinzione batteriologica ed ulteriori ricerche occorrono ancora per stabilire una sicura dipendenza della prognosi dalla qualità dei germi. Non si può disconoscere peraltro che non di rado come immediata conseguenza dello svuotamento artificiale, nei casi di

aborto dove si trovavano streptococchi emolitici, si aveva grave infezione ed esito letale; ciò che non avveniva in presenza degli altri germi. È facile intendere che in tali casi l'intervento trasportava direttamente, per mezzo delle mani o degli strumenti, i batteri sulle recenti ferite deciduali e quindi in circolo, dati gl'intimi rapporti delle parti dell'uovo infetto con gli spazi intervillosi della decidua materna.

La prognosi dell'aborto febbrile può dunque stabilirsi diversamente a seconda che l'espulsione si effettui o no spontanea: infatti il Winter trovò solo il 10 % di lieve morbilità negli aborti decorsi spontaneamente, mentre in 80 aborti con interventi attivi ebbe il 16. 25 % di mortalità, il 26. 25 % di grave morbilità, il 12.5 % di lieve morbilità e solo il 45 % di decorso normale: e precisamente in presenza di streptococchi emolitici notò le complicazioni più gravi, sicchè egli consiglia di astenersi in questi casi da ogni manovra (salvo che imponenti emorragie costringano ad intervenire attivamente) e di abbandonare alle forze naturali l'espulsione dell'uovo coadiuvandola con l'ergotina.

Numerosi autori, come il Traugott e l'Engelmann, pur dissentendo dal Winter nella netta distinzione batteriologica suddetta, sono però favorevoli alla terapia aspettante nei casi infetti e dubbi: altri invece, come il Krömer e il Bondy credono utile il pronto sgombero del contenuto uterino che lo Schottmüller e il Fromme ritengono poi indispensabile quando i germi sieno passati nel sangue. Ma il Winter, pur riconoscendo la necessità di ulteriori studî batteriologici al riguardo, sostiene validamente che, in presenza di streptococchi emolitici, con qualunque trattamento la prognosi è grave e con una terapia attiva diviene più grave ancora: mentre riconosce l'utilità del rapido svuotamento uterino in presenza di qualsiasi altro germe.

Nessun dubbio poi che, ove esistano focolai d'infezione nei dintorni dell'utero (parametrio, annessi, peritoneo), qualunque intervento, anche cauto, è pericoloso e da sconsigliarsi perchè i germi verrebbero spinti negli interstizî dei tessuti ancor sani e il pus verrebbe sospinto dalla vagina e dalla tuba nella cavità peritoneale.

Tutti gli autori infine sono d'accordo che di fronte ad un aborto con utero infetto l'allontanamento deve farsi con grande precauzione: se il canal cervicale è pervio, distacco digitale ed estrazione eventuale con pinza da aborto, evitando l'uso della pericolosa *curette* che apre ai germi nuove vie fin nella muscolatura uterina; se il canale è chiuso, apertura delicata di esso con laminaria entro 24 ore o, se iniziata la dilatazione, coi dilatatori di Hegar.

III. CURA INTRAUTERINA DEL PUERPERIO FEBBRILE.

Occorrono 3 o 4 giorni perchè i batterî vaginali nel puerperio afebbrile possano giungere nella cavità uterina. Se sono saprofiti si fissano sul materiale morto del flusso lochiale e dei brani di decidua e non assalgono tessuti viventi: e gli stessi germi patogeni, anche i più virulenti come p. e. gli strept. emolitici, non riescono sempre ad attaccare i tessuti vivi perchè ai confini di questi si erge un ricco baluardo di leucociti a distaccare il morto tessuto deciduale e a formarne uno nuovo.

Appena comincia in puerperio la febbre, che non sia dovuta a cause extragenitali, bisogna ammettere una infezione dei tessuti vivi con germi virulenti: la prognosi dipende sia dalla qualità e virulenza dei germi, sia dalla vitalità dei tessuti assaliti. Il più potente mezzo di lotta è dato dal suddetto baluardo di leucociti che combattono meccanicamente (fagocitosi) e chimicamente, sicchè il processo infettivo può rimanere completamente locale. Non appena venga infranto, i germi penetrano e o son trattenuti nel parametrio dalla reazione dei tessuti o percorrono le vie sanguigne e linfatiche invadendo tutto l'organismo. Ogni intervento quindi nell'utero puerperale invaso da germi infettivi può provocare gravi infiammazioni che variano secondo la qualità dell'intervento, la sua estensione, la destrezza delll'operatore, il genere degli strumenti usati. La semplice esplorazione e l'irrigazione della cavità uterina, la causticazione, il raschiamento e la spazzolatura sono interventi capaci di produrre gravi danni nell'utero infetto.

La semplice esplorazione della cavità uterina con mano asettica ed accurata disinfezione della vagina può esser fatta da mano esercitata senza danni della parete uterina, laddove una mano meno pratica può produrre nuove lesioni cui seguono febbre alta, spesso con brivido e lieve emorragia. Simili e spesso ancor più gravi sono le conseguenze della irrigazione uterina. Il dito che controlla e la cannula sdrucciolano in alto sulla parete uterina e producono lesioni capaci perfino di dare infezioni mortali (Kehrer, Ahlfeld, Fehling).

Peggio ancora se si usa l'*ecouvillonnage*, così diffuso in Francia e poco noto in Germania, (fatto con una specie di spazzola da bottiglie) e soprattutto il raschiamento uterino che, se fatto generosamente, espone una gran parte della parete uterina all'assalto dei germi: se questi son saprofiti si ha tutt'al più brivido e fugace febbre e i batterî vengono annientati dai tessuti uterini, ma se vi sono streptococchi virulenti allora si hanno grandi essudati, peritonite generale, sepsi acuta. La maggioranza degli ostetrici tedeschi sconsiglia il raschiamento, che potrebbe solo permettersi, secondo il Winter se una ricerca batteriologica avesse dimostrata l'assenza di germi virulenti, pur tenendo conto di altri pericoli come emorragie, lesioni e perforazioni della parete uterina e non dimenticando l'inutilità dell'intervento nelle infezioni semplici.

Le causticazioni della parete uterina sono pure pericolose: peraltro il caustico può annientare i germi che incontra e diminuire così i pericoli dell'intervento.

Da tutto il fin qui detto si può quindi concludere che qualunque intervento intrauterino in puerperio può avere per conseguenza una generalizzazione grave, persino mortale, dell'infezione uterina. Pure non si può disconoscere che alcuni vantaggi giustificano qualche intervento.

La palpazione dell'utero è intrapresa nell'intento di indicare l'eventuale ritenzione di frammenti di membrane o di placenta e di allontanarli, per evitare che possano provocare ed eventualmente generalizzare la malattia. Certamente tale ritenzione prolunga lo stato infettivo che guarisce solo dopo l'espulsione (nei casi del Winter si ebbe guarigione al 3° giorno nel 67 % dei casi appena espulsi i frammenti ritenuti, mentre fu dell'83 % nei casi senza ritenzione), ma il Winter non ha veduto mai una grave infezione da sola ritenzione di frammenti. Anche il Dehnike su 655 casi raccolti nella letteratura non trovò mai gravi e lunghe affezioni, le quali debbono invece trovare la causa in una contemporanea infezione diretta e non nella semplice ritenzione di membrane (Puppel). Altrettanto potrebbe dirsi per la ritenzione di pezzi di placenta la quale, secondo molti autori (Hörmann, Puppel, Geiser, Simon e lo stesso Winter) mai, o tutt'al più rarissimamente, è causa di grave febbre puerperale: cessa quindi con ciò l'indicazione principale all'esplorazione dell'utero nel puerperio febbrile ed all'eventuale allontanamento di frammenti ritenuti, indicazione così generalmente riconosciuta dai pratici.

L'irrigazione dell'utero sia in forma di semplice lavaggio che di drenaggio permanente, per l'addietro molto usata, non è capace nè di diminuire il numero dei germi nè di ostacolarne la penetrazione in profondità: i germi virulenti poi già dopo breve tempo sono penetrati nei tessuti profondi e in tutto l'organismo (Schimmelbusch, Nötzel, Friedrich, Zangemeister). Essa vale dunque soltanto ad allontanare il secreto e i frammenti decomposti arrestatisi in cavità uterina e suole esser seguita da una remissione febbrile più o meno transitoria. Del resto il secreto d'ordinario esce attraverso il canal cervicale e le contrazioni intermittenti dell'utero ne accelerano l'uscita. Ma in generale entro pochi giorni le infezioni superficiali guariscono spontaneamente (Winter, Hermann, v. Herff) sicchè l'irrigazione è inefficace nei casi di infezione recente con germi di alta virulenza che penetrano rapidamente in profondità ed è superflua nei semplici stati infettivi locali. L'irrigazione è dunque sconsigliabile di regola nelle infezioni puerperali recenti: può riuscir utile invece nei casi protratti per delle settimane, perchè allontana regolarmente il secreto della endometrite purulenta stabilitasi e d'altro canto il denso baluardo d'infiltrazione della mucosa in via di rigenerazione e lo scarso riassorbimento impediscono il diffondersi del processo infettivo.

Le stesse obbiezioni valgono contro le disinfezioni e le causticazioni con disinfettanti concentrati e caustici, inutili nelle forme leggiere e superficiali, inefficaci nelle gravi e profonde, pericolose per la produzione di escare il cui distacco produce nuove ferite capaci di rinnovare l'infezione.

Il drenaggio della cavità cervicale (in caso di flessioni o spostamenti uterini che producano stasi del secreto infetto e mantengano quindi l'infezione locale), fatto con larghi tubi di vetro curvi che giungano proprio entro l'utero, è forse l'unico metodo locale consigliabile.

IV. CURA DELLA RITENZIONE DI LEMBI DI MEMBRANE E PEZZI DI PLACENTA.

La ritenzione di lembi di membrane o di pezzi di placenta offre un materiale nutritrivo per i saprofiti, rallenta e turba l'involuzione, facilita il riassorbimento dei germi e dei loro prodotti e (prescindendo dalle emorragie) col parziale distacco apre ferite recenti che sono nuove porte

d'infezione. Sarebbe dunque desiderabile l'immediata rimozione, ma questa non è senza pericoli. Per le ragioni già dette a proposito della esplorazione e dell'irrigazione uterina le gravi conseguenze che possono derivare da simili interventi non sono compensate dai vantaggi problematici che dovrebbero ottenersene: nessuna prova quindi dell'utilità del trattamento attivo che la poca destrezza dell'operatore può rendere ancor più pericoloso ed anzi abbiamo il conforto di molti casi curati conservativamente con esito soddisfacente.

L'allontanamento dei pezzi di placenta ritenuti può diventare anzi pericolosissimo (Geiser, v. Franqué, Opitz, Kehrer, Fehling, Hörmann, Winter); chè infatti da numerose statistiche si può concludere che circa nel 50 % dei casi di rimozione il decorso successivo fu benigno, mentre nel 25 % lo stato infettivo continuò e nel 25 % si aggravò dopo l'intervento.

Pure non si può negare che la persistenza di un polipo placentare, che protrae lo stato di decomposizione locale, che può facilitare la penetrazione nel sangue di germi saprofitici e persino di streptococchi (anche emolitici) e che espone la puerpera ai rischi di gravi emorragie capaci di diminuirne la resistenza vitale, rappresenti un pericolo tale da esser contrapposto a quello derivante dalla rimozione.

Per analogia con quanto si è detto a proposito dell'aborto febbrile, in mancanza di ricerche batteriologiche sistematiche, il Winter ritiene anche qui che sia pericoloso e sconsigliabile l'allontanamento quando si trovino nell'utero germi virulenti (segnatamente streptococchi emolitici) e adduce a conferma un caso clinico, con presenza di streptococchi emolitici, dove una semplice esplorazione valse a provocare rialzo sensibile della temperatura che indusse all'astensione da ogni intervento e dove potè dimostrarsi in proseguo che gli streptococchi avevano perduto la loro emolisi e si ebbe guarigione spontanea. Il Winter crede che in tali casi si possa attendere, prima di rimuovere il frammento ritenuto, che la virulenza dei germi provocatori dell'infezione locale, si sia spontaneamente spenta.

***

Il Winter riassume il suo studio dicendo che in tutti i casi di febbre nel parto e nell'aborto o di ritenzione placentare occorre ricercare la presenza di streptococchi emolitici. La ricerca reclama circa 24 ore di tempo ed un esperto batteriologo: le 24 ore, salvo il caso di gravi emorragie che esigano un pronto intervento, possono esser attese nell'aborto e nella ritenzione placentare e il Winter ha avuto buoni risultati nonostante tale attesa.

In quanto al parto febbrile, dove raramente si potrebbero attendere altre 24 ore dopo la comparsa della febbre, il Winter consiglia di far ricerche batteriologiche fin dall'inizio delle contrazioni in quei casi che fanno temere o presupporre una distocia (viziature pelviche, primipare attempate, rottura prematura del sacco ecc.); nella sua Clinica egli potè in tal modo conoscere, già al momento dell'intervento, con quali germi avesse da fare.

È da augurarsi che, almeno negli aborti e polipi placentari, la ricerca batteriologica entri nell'uso corrente, data la facilità della presa del materiale con una pinza e un po' di ovatta (come per la difterite) e il numero sempre crescente degli Istituti di ricerche batteriologiche.

L'A. viene alla conclusione che occorre smettere dall'esagerato favore verso il trattamento locale nella febbre del parto, dell'aborto e del puerperio, lasciando all'organismo stesso la vittoria dell'infezione: quanto alla ritenzione di frammenti, si ricorra alla loro rimozione solo dopo attesa invano la loro spontanea espulsione e dopo che l'infezione locale si sia spenta.

U. ROLANDI.

CHIRURGIA.

L'ostruzione intestinale: studio dei fattori tossici.

(H. B. STONE, B. M. BERNHEIM, G. H. WHIPPLE. *Bull. of J. Hopkins Hospital*, Giugno 1912).

A spiegare la causa della morte nell'ostruzione intestinale sono state emesse tre teorie principali: una infettiva, un'altra dei riflessi nervosi, una terza dell'intossicazione, la quale a sua volta è stata suddivisa, a seconda che la sostanza tossica si è riferita all'attività dei germi intestinali o a quella delle ghiandole del tratto alimentare.

Una quarta teoria devesi a Murphy e Vincent. Essi credono che i sintomi dell'ileo dipendano da disturbi circolatori del segmento intestinale ostruito, ed in special modo dalla ostruzione venosa.

La teoria infettiva sembra doversi escludere dopo il lavoro di Hartwell e Hoguet, i quali

hanno dimostrato batteriologicamente, nei cani con ostruzione intestinale alta, che la morte poteva avvenire senza che nel sangue, cavità addominale, milza, fegato si riscontrasse la presenza di germi patogeni.

D'altra parte non esistono fatti positivi a sostegno della teoria del riflesso nervoso.

Quanto alla teoria tossica, è stato dimostrato che le ostruzioni intestinali alte (duodeno e digiuno) sono molto più gravi di quelle verificatesi nel tratto più basso dell'intestino, mentre la flora batterica è nell'ileo, ad esempio, assai maggiore che nelle prime porzioni dell'intestino. Ciò che parlerebbe contro l'origine batterica della sostanza tossica in questione.

Il fattore circolatorio poi, cui dànno così grande importanza Murphy e Vincent, parrebbe da altre esperienze non rappresentare che una causa secondaria della grave sintomatologia dell'ostruzione intestinale.

Per cercare di chiarire in qualche modo la questione, gli AA. eseguirono sui cani vari gruppi di ricerche sperimentali. In una prima serie, il duodeno veniva sezionato proprio al disotto del dotto pancreatico distale e all'inizio del digiuno. Le due estremità dell'ansa così isolata, lunga da 12 a 15 cm., erano quindi richiuse, e la continuità dell'intestino era con un'anastomosi di nuovo ristabilita. Tutti i cani così operati morirono entro 28 ore, dopo aver presentato nelle ultime cinque ore il seguente quadro sintomatologico: apatia, tremore muscolare, andatura atassica, polso piccolo, filiforme; raramente vomito.

Con l'isolamento dell'ansa duodenale si riproducevano delle condizioni analoghe a quelle dell'ileo, con esclusione dei possibili effetti dovuti alla presenza della bile, dei succhi gastrico e pancreatico, e dei prodotti della digestione alimentare. Anzi, per rimuovere qualsiasi dubbio sull'azione, che avesse potuto avere la piccola quantità di tali sostanze incluse nell'ansa al momento dell'operazione, furono fatte altre esperienze analoghe alle precedenti, ma in cui l'ansa isolata veniva, prima di essere richiusa, lavata abbondantemente con acqua. Ma anche i cani di questo gruppo si comportarono dopo l'operazione come i cani del gruppo precedente: soltanto vissero qualche ora di più.

In altri cani poi, per semplificare l'esperimento, e per attenuare i disturbi circolatori, cui Murphy e Vincent dànno così grande importanza, invece di sezionare l'ansa alle due estremità e d'invertirle, l'occlusione si ottenne con due legature, alle due estremità dell'ansa, fatte in modo da non ledere i vasi mesenteriali. L'ansa era lavata attraverso piccole aperture fatte sopra e sotto i limiti dell'ansa stessa, e poi accuratamente richiuse. I cani così trattati mostravano sintomi identici ai sopradescritti.

Le lesioni anatomo-patologiche riscontrate all'autopsia sono in tutti i casi presso a poco uguali.

Tutti gli organi appaiono normali, all'infuori del peritoneo, che mostra un leggero grado d'infiammazione plastica, e del fegato, che appare leggermente congesto e con iniziale degenerazione grassa.

Alterazioni vere e proprie si riscontrano solo nell'ansa duodenale chiusa. Essa appare ingrandita e distesa da un liquido. Alla sua superficie notansi delle aree ecchimotiche accanto a chiazze di necrosi; talora qualche perforazione limitata.

Il liquido contenuto nell'ansa è di color rosso scuro, denso, contiene muco, sangue, e brandelli di mucosa; ha un odore sgradito, che ricorda quello dell'idrogeno solforato.

La mucosa è ricoperta di ecchimosi, e si presenta qua e là ulcerata. All'esame istologico si osservano le note di una flogosi acuta delle pareti dell'ansa, con emorragie e fatti necrotici.

Sacrificando uno di questi animali diverse ore prima dell'esito letale spontaneo, quando esso non manifesta evidenti fatti d'intossicazione, si nota l'ansa duodenale quasi del tutto normale e contenente solo pochi centimetri cubici di una sostanza mucosa, che però mostra di contenere materiale tossico abbondante.

Si potrebbe pensare che l'esito letale fosse dovuto alla mancata funzione di un organo essenziale alla vita. Ma i cani di controllo, nei quali gli AA. escissero l'ansa duodenale, che negli altri casi era stata esclusa, ma lasciata *in situ*, vissero lungamente, ciò che mostrava non essere tale parte del duodeno necessaria per l'esistenza dell'animale.

D'altra parte in altri cani l'ansa esclusa fu drenata: in questi, allorchè il drenaggio funzionò regolarmente, non si verificò la grave sintomatologia sopra descritta.

Da questi fatti gli AA. han creduto di poter concludere che la causa della morte debba ricercarsi nell'assorbimento di una sostanza molto tossica contenuta nell'ansa duodenale; questa sostanza è certamente contenuta in maggior quan-

tità o è molto più attiva nei casi di ansa duodenale, che nei casi di ansa bassa (iliaca), giacchè, in questi, i cani possono sopravvivere per delle settimane e anche dei mesi. Quanto all'origine di tale sostanza tossica, è molto probabile che essa sia un prodotto di secrezione della mucosa dell'ansa anzichè dell'attività dei germi in essa contenuti, e ciò per varie ragioni: minore produzione di materiale tossico nelle anse basse, ove i germi sono molto più numerosi; inefficacia del lavaggio dell'ansa; rapidità della morte. *L'experimentum crucis*, non ancora fatto, consisterebbe nel distruggere completamente, o la mucosa dell'ansa, o i germi in essa contenuti.

Queste ricerche sperimentali, quantunque non riproducano l'ileo vero, mostrano però l'importanza del materiale tossico secreto verosimilmente dalla mucosa duodenale, in date condizioni. Esse dimostrano anche l'importanza di un drenaggio efficace nei casi d'ileo, l'indicazione cioè formale dell'enterostomia. Inoltre fanno sorgere la speranza che, dallo studio di queste tossine, si possano trarre conclusioni d'importante valore terapeutico.

Gli autori hanno già iniziato delle ricerche in proposito. Essi hanno veduto che il liquido contenuto nelle anse duodenali escluse può essere lungamente riscaldato a 60°, centrifugato, filtrato, senza per questo perdere le sue proprietà tossiche. Iniettando nelle vene di un cane di 7 o 8 kg. 10-20 cmc. di questo liquido, centrifugato e filtrato, si produce rapidamente la morte dell'animale. Alla iniezione segue un improvviso abbassamento della pressione arteriosa, che risale però alla normale subito dopo, per poi decrescere lentamente fino ad un quarto o un quinto. A questa discesa va unita una forte dilatazione dei vasi splancnici, dilatazione, che è probabilmente la causa dell'abbassamento della pressione. La temperatura discende pure con rapidità; il sangue diventa incoagulabile; la respirazione si fa lenta e rumorosa; e l'animale muore in poche ore.

All'autopsia si nota un forte aumento della concentrazione del sangue, che è quasi incoagulabile, per eccesso di antitrombina,

Il sistema splancnico è ingorgato di sangue; il fegato, milza e reni sono congesti. La mucosa del duodeno ha un colore rosso cupo; tutto l'intestino contiene abbondante liquido sieroso. La sostanza o le sostanze tossiche sembrano dunque agire particolarmente sul sistema splancnico. Quanto alle loro proprietà principali esse si possono riassumere così: resistono all'autolisi a 38°, al cloroformio e al toluolo, alla digestione pancreatica, alla putrefazione per parecchi giorni; sono distrutte trattandole per 6 ore a 100° con soluzione di acido solforico 5 per cento; non esercitano alcuna influenza sull'attività del pancreas. Questa sostanza è certamente propria delle anse alte escluse, perchè non è stata potuta ottenere con estratti di alcun organo, e deve essere certamente la stessa, che causa i sintomi osservati nei cani, in cui un'ansa del duodeno era stata esclusa, dal momento che questi muoiono con sintomi analoghi.

Iniettando delle dosi subletali del liquido sopradetto nei cani, questi diventano poi resistenti a dosi molto maggiori, e possono sopravvivere, ciò che è molto importante, ad una esclusione duodenale fatta qualche tempo dopo.

Per concludere, gli AA. accennano alle similitudini dei sintomi nei cani iniettati con il liquido di un'ansa duodenale esclusa, e in quelli in cui, per iniezione ripetuta di sostanze proteiche di altro animale, si siano prodotti accidenti *anafilattici*.

A. CHIASSERINI.

Effetti di estese resezioni dell'intestino tenue.

(J. MARSHALL-FLINT. *Bull. of the J. Hopkins Hosp.*, 1912).

L'A. ha avuto in mente, nel compiere uno studio sperimentale e clinico sulle resezioni di estesi segmenti del tenue, di ricercare sopratutto per quale meccanismo gli animali e l'uomo possono adattarsi alle nuove condizioni del circolo enterico. Egli ha resecato in 14 cani tratti d'intestino di varia lunghezza comprendenti una parte del digiuno e una gran parte del tenue, ed ha veduto che si può resecare il 50 % dell'intestino tenue, senza che l'animale venga a morire. Resecandone invece il 75 %, gli animali muoiono di solito rapidamente, o mostrano un equilibrio molto instabile, il quale è espressione di un'insufficienza dei processi compensatori.

I cani, nei quali vengono praticate estese resezioni del tenue, soffrono in principio di un'intensa diarrea, mostrano un appetito vorace, e sono continuamente assetati. Il loro peso diminuisce rapidamente nei primi giorni dopo l'operazione. Ma a poco a poco, con un regime adatto, questi sintomi si attenuano, e gli animali possono tornare ad uno stato di salute apparentemente

normale. Ma essi rimangono molto sensibili ai cambiamenti delle condizioni esterne, al lavoro, e specialmente alla qualità dei cibi.

Sintomi analoghi sono stati osservati nei casi di resezioni più o meno estese di intestino nell'uomo. L'A. ha raccolto una statistica di 59 casi, nei quali la resezione intestinale varia dai 100 ai 540 cm. Due di questi casi furono operati dall'A.

È difficile dire qual'è il limite massimo di resezione intestinale compatibile con la vita, perchè esso varia con le condizioni individuali: così mentre delle resezioni inferiori ai 300 cm. hanno dato la morte, altre avvicinantesi ai 500 cm. hanno permesso una sopravvivenza abbastanza lunga.

Molto importanti sono le ricerche fatte sul comportamento del metabolismo negli animali e nell'uomo, dopo estese resezioni intestinali. Esse si debbono sopratutto a Underhill, Riva-Rocci, Sagini, Vitali, ecc. Nei primi tempi dopo l'operazione è stato trovato un forte aumento nella eliminazione delle materie azotate, dei grassi e degli idrati di carbonio. Questa maggiore eliminazione può arrivare fino al 66 % di tutto il materiale ingerito. Ma a poco a poco si stabilisce un processo di compensazione, somministrando una dieta abbondante e facilmente assimilabile. L'assorbimento torna al normale, prima per gli idrati di carbonio, poi per le materie azotate; mentre i grassi vengono utilizzati solo in piccola quantità. L'aumento dei composti solfoconiugati e dell'indacano nell'urina mostra un'accentuazione dei processi putrefattivi nell'intestino, dovuto al più lungo ristagno delle ingesta nel colon.

Per stabilire a quale processo anatomico si dovesse il ritorno ad una funzione quasi normale dell'intestino nei cani, con estese resezioni del tenue, l'A. ha esaminato macroscopicamente e istologicamente i reperti delle sue ricerche sperimentali. All'infuori del tenue, egli vide che tutti gli organi si presentavano di aspetto e di struttura normale.

Il tenue residuo poi, nel quale all'operazione i punti, in cui era caduto il taglio, erano stati segnati con iniezioni di polveri colorate, non appariva allungato, mentre era aumentato di molto nelle dimensioni trasversali, e tale aumento era maggiore nell'estremità stomacale che nella cecale. Questo aumento era dovuto, sia ad uno spessore maggiore delle pareti, sia alla maggiore ampiezza del lume.

Istologicamente egli non notò, contrariamente alle osservazioni di Monari, una rigenerazione dei villi e delle cripte.

Approssimativamente il numero di queste o di quelli appariva uguale, per unità di superficie, a quello di un pezzo d'intestino prelevato all'epoca dell'operazione in immediata vicinanza della superficie di sezione. Il processo di compenso invece appariva certamente dovuto alla ipertrofia, sia dei villi, che delle cripte in tutti i loro elementi. I villi del tenue residuo, pur mantenendo la forma dei villi normali, apparivano duplicati e triplicati in spessore e lunghezza, così che il totale della superficie assorbente si poteva considerare uguale a quello di un intestino normale.

L'ipertrofia si estendeva poi a tutta la mucosa e alla muscolare, specialmente ai fasci con disposizione circolare.

Questo era evidente nei casi, in cui la resezione non aveva sorpassato il 50 % di tutta la lunghezza del tenue, e il compenso funzionale si poteva dire perfetto. L'ipertrofia si era verificata con minore intensità, od era rimasta assente nei casi di resezione molto più estesa, in cui il compenso funzionale non si era potuto ristabilire, od era rimasto insufficiente, di modo che l'animale era a poco a poco morto d'inanizione.

Questi importanti processi, verificatisi in un intestino artificialmente di molto accorciato, fanno pensare a processi analoghi a carico del cuore, del rene e di altre strutture. Evidentemente tutti i nostri organi normalmente nelle loro funzioni non lavorano con tutta la loro energia. Essi hanno una considerevole quantità di forza in riserva, la quale entra in azione, allorchè si richiegga un maggiore lavoro. Da ciò il potere di adattamento insito nei nostri organi. Ma questo adattamento ha un limite; e, come una macchina, che compia il massimo di lavoro di cui è capace, logora in breve tempo i suoi congegni più delicati e importanti, così l'organo vivente, che adoperi nella sua funzione tutta la forza di riserva, manifesta dopo un certo tempo i sintomi dello scompenso.

Questi ed altri esperimenti di resezione intestinale negli animali non sono però sufficienti. per stabilire un limite nelle resezioni intestinali nell'uomo. Sarebbe anzitutto necessario applicare all'intestino il metodo delle resezioni frazionate, usato con successo per il rene da Haberer. E in ogni modo un tale limite non sarebbe che teorico, dal momento che il chirurgo resecherà sem-

pre il minimo d'intestino possibile nel singolo caso, e la prognosi dipenderà molto dal fattore individuale: età, condizioni generali, resistenza, efficienza nutritiva, lunghezza dell'intestino non resecato, e probabilmente dalla tendenza maggiore o minore di una data parte dell'intestino a stabilire dei processi compensativi.

A. CHIASSERINI.

NEUROPATOLOGIA.

La malattia di Little.

(P. LONDE. *Revue Neurologique*, 1912).

La maggior parte degli autori inclinano oggi a ritenere che nè la causa, nè la lesione anatomopatologica, nè i sintomi della forma morbosa individualizzata dal Little abbiano dei caratteri costanti specifici tali da costituire una speciale malattia.

Evidentemente tale opinione è stata determinata dalla confusione che ordinariamente si fa della malattia di Little con altre forme diplegiche.

La malattia di Little ha invece caratteri anatomici, etiologici e clinici costanti e specifici che la individualizzano e la distinguono da tutte le altre forme paretiche.

Essa è caratterizzata da una rigidità congenita bilaterale in rapporto a lesioni del sistema nervoso centrale determinate da manovre ostetriche.

Sotto la denominazione di sindrome, se non di malattia di Little, possono comprendersi anche tutte le forme di rigidità bilaterale che, purchè congenite, non siano in rapporto ad un parto anormale, ma siano invece dovute ad una banale tossiinfezione sviluppatasi durante la gravidanza.

Tutte le diplegie infantili posteriori al parto vanno escluse dal quadro della malattia di Little.

Questa comprende tre varietà: 1° cerebro-spinale; 2° cerebrale; 3° spinale.

Le lesioni anatomiche primitive che determinano i disturbi caratteristici della sindrome sono le seguenti: 1° emorragie delle meningi e dei centri dell'asse cerebro-spinale; 2° meningite ed encefalite; 3° arresto di sviluppo.

I casi nei quali si è potuto constatare l'emorragia dei centri nervosi in individui affetti da rigidità congenita bilaterale sono poco numerosi; ciò dipende dal fatto che la rigidità manca quando la emorragia è immediatamente mortale, e se il bambino sopravvive la rigidità non appare che più tardi, quando cioè all'autopsia sono scomparsi i segni caratteristici della pregressa emorragia.

La sede più frequente dell'emorragia è il lobulo paracentrale, in corrispondenza cioè del seno longitudinale superiore, dove nei parti distocici per l'accavallamento dei parietali si determina la rottura dei vasi sottostanti.

Nei parti prematuri oltre che dal traumatismo l'emorragia può essere causata dall'asfissia, dalla tensione vascolare per compressione del cordone, dalla debolezza dei vasi del feto malato o congenitamente debole, dall'alterazione del sangue della madre per intossicazione o infezione in atto.

L'infezione si è accertata nella maggior parte dei casi esaminati.

A parte il fatto che la infezione non esclude la emorragia, essa può favorirla, o quanto meno può supporsi che una leggera emorragia sia il punto di partenza di un'ulteriore infezione.

Tale è la interpretazione più attendibile che deve darsi alle meningo-encefaliti, alla poroencefalia, alle sclerosi atrofiche e forse anche alla aplasia delle cellule piramidali senz'altra lesione anatomica che una microcefalia. Le cisti, le modificazioni morfologiche delle circonvoluzioni, l'idrocefalia, la microcefalia sono generalmente delle lesioni secondarie. Di tutte le dette lesioni quelle che son capaci, come l'emorragia, di accentuare ed anche di determinare la rigidità sono la meningite e la encefalite.

La maggioranza degli autori infine ammette che la sindrome di Little possa trovarsi virtualmente realizzata prima della nascita per un processo meningitico, encefalitico e vascolare, o addirittura per un arresto di sviluppo in rapporto a cause materne o ereditarie (alcoolismo, tubercolosi e sopratutto la sifilide).

Dal punto di vista clinico la rigidità d'origine congenita presenta dei peculiari caratteri per cui non è possibile confonderla con altre diplegie infantili.

La rigidità del morbo di Little, benchè in grado diverso, può apparire immediatamente dopo la nascita; non è preceduta da paralisi accentuata; essa al termine di un certo tempo che costituisce il periodo di stato ha una tendenza regressiva con un miglioramento che, a differenza di quello dell'emiplegia comincia dagli arti superiori, nei quali d'altra parte persistono dei movimenti coreiformi ed atetosici; abitualmente non v'ha

convulsioni per quanto possano verificarsi al principio; non v'ha affatto disturbi sfinterici; esistono scarsi disturbi intellettuali, ad eccezione di una certa emotività che aumenta la spasticità, ma ad ogni modo la deficienza intellettuale non raggiunge mai l'idiozia; spesso strabismo, difficoltà di deglutizione, disartria e bradilalia.

Così delimitato il quadro sintomatico della malattia di Little non può confondersi con altre sindromi. Esistono, è vero, degli stretti rapporti con la corea congenita e l'atetosi doppia, ma l'emiplegia doppia, le diplegie congenite complesse, e tutte le diplegie non congenite restano distinte, benchè tra loro vi siano delle forme di transizione.

L'emiplegia spasmodica infantile si distingue dal morbo di Little perchè essa è raramente congenita, predomina agli arti superiori, la paralisi dapprima flaccida è più accentuata, la atrofia muscolare ed il raccorciamento degli arti sono notevoli, i disordini intellettuali e le convulsioni sono frequenti, il decorso è stazionario.

La paraplegia spasmodica infantile familiare si distingue, oltre che per la sua etiologia, in quanto che essa si manifesta sotto l'influenza di una causa posteriore alla nascita, per la sede delle lesioni che sono prevalentemente midollari e per la sua evoluzione certamente progressiva.

La disbasia lordotica progressiva di Oppenheim, caratterizzata dalla speciale andatura del soggetto in attitudine di quadrupede e dalle scosse cloniche ritmiche, non può essere confusa col morbo di Little, perchè esiste ipotonia, debolezza dei riflessi, e d'altra parte essa è progressiva.

I rapporti con la corea congenita e l'atetosi doppia sono invece dei più stretti. Rigidità, movimenti coreiformi e atetosici d'origine congenita hanno verisimilmente per causa delle lesioni analoghe e vicine, sopravvenute nelle medesime condizioni ostetriche ed ereditarie ed allo stesso momento, e d'altra parte sono ugualmente suscettibili di educazione e di miglioramento. Senza dire che i detti disturbi si trovano frequentemente associati formando una sola sindrome.

La fisiologia patologica della rigidità è incerta come quella della contrattura. Il punto interessante è la coesistenza, la sovrapposizione e la successione dei fenomeni spasmodici e coreo-atetosici. Evidentemente la spasticità è dovuta ad un perturbamento della funzione piramidale. Essa come l'atetosi, che è una contrazione involontaria senza scopo che si sostituisce al movimento intenzionale, è pure dovuta ad un'esagerazione del tono cerebellare, mentre il movimento coreico, che appare una contrazione volontaria incoordinata dipende da un' insufficienza cerebellare. Allo stato attuale delle conoscenze sulla fisiologia del cervelletto e delle sue connessioni con le altre parti dell'asse cerebro-spinale non si può con sicurezza affermare dalle lesioni di quali parti sieno determinati sintomi, che attestano nello stesso tempo una esagerazione ed una insufficienza della funzione del cervelletto. Il fenomeno deve molto probabilmente imputarsi a lesione delle vie di connessione cerebro-cerebellare.

La gravità della prognosi del morbo di Little dipende dalla estensione della lesione. L'idiozia come l'epilessia è per sè stesso un sintomo grave e può essere causa di aggravamento.

La cura è a base di educazione dei movimenti, alla quale bisogna ricorrere anche dopo che si sieno applicati apparecchi ortopedici o si sia ricorso a tenotomie, neurotomie o osteotomie.

Per diminuire lo spasmo si è praticata anche la sezione delle radici posteriori e l'intervento chirurgico direttamente sul focolaio cerebrale ma con scarsi risultati, i quali del resto sono resi inefficaci dai gravi disturbi provocati dallo stesso atto operativo.

G. DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso di igroma della borsa sierosa dello psoas iliaco

per il dott. ANTONIO PISANO
medico interinale nell'Ospedale civile di Alghero.

M... C..., di 62 anni, contadina.

Anamnesi. — Padre morto di polmonite crupale; madre morta in sopraparto a 40 anni. Non esistono in famiglia malattie ereditarie. L'ammalata dice di non aver contratto nè affezioni veneree, nè sifilitiche.

A 60 anni sarebbe stata colpita da dolori poliarticolari che durarono circa una settimana, accompagnati da febbre.

Nessuna altra malattia pregressa d'importanza.

La presente affezione insorse circa due mesi fa. S'iniziò con dolori a carattere continuo, crampiformi, estendentisi dal polpaccio a tutta la faccia posteriore della coscia sinistra. Questi disturbi si manifestavano nella deambulazione e scomparivano col riposo. Talvolta questi dolori seguivano il decorso del nervo sciatico,

irradiandosi anche alla natica sinistra, tal'altra, invece, si localizzavano specialmente alla faccia anteriore o posteriore dell'articolazione dell'anca sinistra. L'ammalata ricorse ad un medico che gli fece applicare dei rivulsivi senza giovamento alcuno. Da circa un mese si è accorta di avere alla regione inguinale sinistra un tumefazione non molto accentuata, e come formata da numerose ghiandole ingrossate, dure, indolenti alla palpazione. Gli furono fatte applicazioni di pomate risolventi senza alcun vantaggio: la tumefazione andava anzi sempre più ingrossandosi, i dolori e i crampi aumentarono di frequenza e d'intensità.

Stato presente. — Struttura scheletrica regolare, masse muscolari ben sviluppate, tessuto adiposo sottocutaneo discretamente abbondante, pelle e mucose visibili normali.

Apparato respiratorio e cardiovascolare normali.

All'ispezione si osserva: la regione inguinocrurale di sinistra molto sporgente per tumefazione sottostante: la cute che la ricopre è di colore e di apparenza normale.

La coscia sinistra è in leggera posizione di flessione sul bacino. Non esiste atrofia muscolare dell'arto, il quale gode di movimenti liberi all'articolazione dell'anca, sono però limitati i movimenti di flessione per la presenza del tumore. Movimenti attivi e passivi indolenti.

Alla palpazione si sente un tumore delle dimensioni di una testa di feto a termine. La delimitazione di esso non è ben netta: occupa la parte superiore del triangolo di Scarpa, la regione crurale e si spinge verso la cavità del bacino nella fossa iliaca interna di sinistra.

Il tumore sfuma insensibilmente nelle parti circostanti ed è di consistenza diversa nei vari punti della sua superficie: alcuni presentano fluttuazione, altri sono duri, nodosi, bernoccoluti. Il tumore in corrispondenza dell'arcata di Falloppio presenta un solco di strozzamento. Si vede distintamente e si riconosce palpando la pulsazione della femorale e dell'iliaca esterna sollevata dalla massa del tumore. Il tumore però non pulsa, e, cercando d'imprimergli dei movimenti di lateralità, si riconosce che è fisso. La pelle che lo ricopre è sotto tutti i rapporti normale. La tumefazione aumenta leggermente di volume e si fa più dura quando l'a. si alza in piedi.

L'ispezione e la palpazione attorno all'articolazione non fanno rilevare niente d'anormale. Le ossa del bacino sono simmetriche e sane. Esaminando accuratamente la colonna vertebrale non si trova nessuna alterazione nelle curve fisiologiche e, premendo sulle apofisi spinose, nessun punto di dolorabilità.

Urinazione e defecazione normali.

Esame delle orine. — Quantità, litri 1.700, limpide, di colore giallo-chiaro. Densità 1018. Reazione acida. Non si constata la presenza di zucchero e di albumina.

Diagnosi. — Abbiamo osservato che i vasi della regione crurale sono sollevati in massa dalla tumefazione: quindi si deve ammettere che questa non si è sviluppata a spese dei gangli, la tumefazione avrebbe circondato i vasi femorali coprendoli e mascherandoli.

Noi sappiamo che la regione crurale può essere divisa in due loggie dalla benderella ileo-pettinea: una esterna dove è collocato lo psoas col nervo crurale, l'altra interna divisa in due sezioni dall'aponevrosi del muscolo pettineo: una superiore ed esterna che contiene i vasi femorali, il ganglio del Cloquet, l'altra postero-interna occupata dal muscolo pettineo. Ora noi abbiamo stabilito che il tumore si è sviluppato sotto ai vasi femorali, ma dobbiamo sapere se si è sviluppato sull'aponevrosi del pettineo e dello psoas, oppure se si è sviluppato fra questi muscoli e le ossa del bacino. Se noi invitiamo l'ammalata ad estendere forzatamente la coscia, osserviamo due fatti:

1° il tumore diminuisce di volume;

2° il senso di fluttuazione diminuisce anch'esso.

Se il tumore fosse situato davanti ai muscoli psoas e pettineo, evidentemente nell'estensione non diminuirebbe di volume, anzi sporgerebbe al davanti; nel nostro caso diminuisce perchè compresso da muscoli sovrapposti, che si allungano nell'estensione forzata, e fanno in pari tempo diminuire il senso di fluttuazione per la compressione che essi esercitano sul tumore rendendone le pareti più tese.

Per cui noi dalla disamina di questi due fatti siamo portati a localizzare la tumefazione nello spazio che esiste fra la branca orizzontale del pube ed i muscoli psoas e pettineo soprastanti, nel quale spazio è collocata la borsa iliaca, che a dire del Tillmanns, una volta su dieci comunica con l'articolazione dell'anca.

Dunque noi ci troviamo di fronte ad un tumore della grandezza di una testa di feto, bernoccoluto, manifestamente fluttuante, localizzato sotto lo psoas ed il pettineo.

La diagnosi si presenta difficile. Noi sappiamo che nel morbo di Pott si possono formare degli ascessi congestizi i quali si originano dal corpo di una vertebra, e scorrendo lungo l'aorta, incontrato lo psoas, seguono questo muscolo e passando sotto il legamento di Poparzio, compariscono alla regione inguino-

crurale ed alla coscia con volume anche rilevante. Nel nostro caso abbiamo a che fare con un ascesso congestizio da carie vertebrale? o da carie delle ossa del bacino? No, perchè non troviamo nessuna lesione della colonna vertebrale, nessuna deviazione nelle curve fisiologiche, nessun punto di dolorabilità alle apofisi spinose; il bacino poi si presenta perfettamente normale, inoltre non abbiamo nessun sintomo di psoite: nel qual caso lo psoas dovrebbe essere in preda a forte contrattura. Potrebbe essere un ascesso da tubercolosi dell'articolazione dell'anca? No, perchè l'articolazione è sana e lo si constata dalla presenza dei movimenti attivi e passivi nell'articolazioni, dalla mancanza di dolorabilità e di posizione viziose del lato del bacino. Inoltre l'età, l'aspetto florido dell'ammalata fanno escludere *a priori* una lesione tubercolare delle ossa.

Abbiamo già escluso che l'alterazione provenisse dai gangli inguino-crurali quando abbiamo localizzato il tumore.

Potrebbe essere una cisti idatidea? Si sa che l'echinococco localizzandosi nel midollo delle ossa, può dare dei tumori a lento sviluppo, indolenti e con l'andar degli anni anche dolorosi, che dapprima assumono i caratteri di un tumore osseo centrale, più tardi di una cisti dell'osso, che confluiscono acquistando talvolta rilevanti dimensioni dopo aver perforato la sostanza corticale, e giungono nelle parti molli circostanti o in una articolazione vicina. Come rilevò v. Bergmann, si hanno dei tumori molli fluttuanti, che dànno talvolta formazione di ascessi nelle parti circostanti all'osso. Questi tumori possono svilupparsi tanto nelle ossa tubulari lunghe, quanto nelle ossa piatte e con speciale predilezione per le ossa del bacino.

Noi escludiamo che si tratti di echinococco per la consistenza quasi elastica del tumore in discorso, ma in particolar modo per la mancanza del fremito idatideo, di quel senso speciale di scricchiolìo che si sente palpando le cisti ossee.

Passate in rassegna queste affezioni, che era opportuno e necessario considerare per arrivare alla diagnosi, non restava che pensare alle malattie delle borse sierose, e nel caso nostro ad un igroma cronico della borsa dello psoas iliaco.

Ora, se noi ammettiamo una flogosi cronica e lentissima in questa borsa, possiamo spiegare la comparsa, il decorso, la sintomatologia del tumore che abbiamo studiato. In primo luogo la localizzazione che noi avevamo data del tumore corrisponde perfettamente alla situazione anatomica della borsa sierosa dello psoas.

Riguardo poi alla eziologia degli igromi cronici si sono addotte in primo luogo le cause traumatiche, le cause irritanti continuate per lungo tempo e sempre agenti sulla stessa regione del corpo; le irritazioni professionali per lo sviluppo delle borse sierose sottocutanee, e poi il reumatismo articolare, la sifilide, la tubercolosi. Una parte poi degli igromi proliferati o crepitanti sono considerati come tumori e precisamente come proliferazioni endoteliali benigne (Morisani) una parte quali tumori sarcomatosi maligni (Döllinger, Mikulizc, Rauke).

La nostra ammalata è stata affetta da reumatismo articolare, e non sono mancate in lei le cause irritanti per la produzione della flogosi. È lavandaia di professione quindi soggetta alle azioni reumatizzanti, a delle fatiche e strapazzi continui.

La sintomatologia degli igromi corrisponde perfettamente a quella presentata dalla nostra ammalata: inizio subdolo, speciale dolorabilità (alla faccia anteriore e posteriore della coscia), la forma consistente, quasi elastica del tumore, la fluttuazione che aumenta alla flessione e diminuisce nella estensione, l'indolenza alla palpazione, il lento sviluppo.

Tenuto conto di queste considerazioni che io sono andato brevemente esponendo, s'imponeva la diagnosi di igroma cronico della borsa sierosa dello psoas iliaco; diagnosi che veniva pienamente confermata dalla puntura esplorativa. Infatti si estrasse un liquido di colore giallo-citrino, leggermente filante, di composizione analoga alla sinovia.

Considerato il volume del tumore, la localizzazione profonda, i dolori e disturbi che produce all'ammalata impedendole di attendere alle sue occupazioni, gli spostamenti e la pressione che esercita sui vasi e nervi della regione crurale, i probabili disturbi di circolo che interverrebbero in seguito, il grave pericolo che nell'igroma s'instituisca un processo di suppurazione che potrebbe condurre a gra-

vissime complicazioni, si stabilisce come indicazione assoluta l'intervento operativo; la discissione ed esportazione completa del tumore.

La quale non solamente ci dà la certezza di liberare l'ammalata sollecitamente e del tutto dai suoi disturbi, ma ci garantisce da una facile recidiva, che potrebbe avvenire con altri metodi di cura (compressione, puntura, iniezioni di liquidi irritanti, ecc.).

(*Continua*).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta 14 febbraio 1913.

Presidente prof. **A. Monti**.

Sala G. *Sopra un caso di demenza presenile con sintomi a focolai.* — Il caso illustrato dall'O. sia dal punto di vista clinico che anatomopatologico è particolarmente interessante per il modo con cui si è manifestata la sintomatologia e per la rapidità e gravità del decorso. L'O. si diffonde poi a descrivere, proiettandole, le speciali e curiose alterazioni riscontrate nelle cellule nervose della corteccia cerebrale, sopratutto nel corno d'Ammone e nella circonvoluzione dell'ippocampo, ed afferma di aver trovato in tutte le aree corticali le placche di Redlich-Fischer, di cui, a mezzo di preparati e di proiezioni di microfotografie, illustra alcuni fatti che possono illuminare circa l'origine, la natura, il modo di formazione ed il rapporto di queste placche con i vasi.

Brugnatelli E. *Cellule lipoidifere e mastzellen nella mammella.* — A mezzo di preparati l'O. dimostra nel tessuto interstiziale della mammella delle donne gravide elementi cellulari di grandezza variabile, a protoplasma abbondante e granuloso, variabile per quantità e distribuzione, dei quali alcuni contengono lipoidi, altri granulazioni lipoidee e granulazioni di mastzellen.

In questa comunicazione preventiva l'O. non si diffonde a discutere il significato, per quanto il reperto potrebbe far ipotizzare che mastzellen, cellule lipoidifere, cellule interstiziali possono essere elementi di origine analoga, suscettibili di trasformazione in rapporto agli stimoli e ai varii organi.

Verga G. *Sulla così detta uvula vesicalis e i suoi rapporti con l'ipertrofia prostatica.* — Dopo numerose ricerche sui cadaveri e sugli animali l'O. è venuto alla conclusione che l' *uvula vesicalis* è un organo vero e proprio, che morfologicamente si può considerare come la porzione iniziale leggermente ingrossata della *crista urethralis* posteriore, che essa non ha nulla a che fare con le così dette valvole vescicali, e che è assolutamente indipendente dalla prostata, per cui i suoi rapporti con l'ipertrofia prostatica sono diversi a seconda che si tratti dell' ipertrofia di uno dei lobi laterali oppure di adenoma o di adenofibroma sottomucoso.

Acconci G. *Sulla fine struttura della placenta.* — Nella prima metà della gravidanza l'O ha potuto notare nelle maglie e negli interstizii delimitati dagli elementi fissi del connettivo dello stroma del villo coriale speciali elementi cellulari, in cui egli dimostra, con preparati, di aver messo in evidenza varii tipi di granulazioni che si colorano con colori diversi. Alcune si mettono in evidenza col metodo di Ciaccio per i lipoidi. L'O. si intrattiene poi a discuterne il significato.

Barbieri P. e **Carbone D.** *Sulla teoria colloidale dell'edema.*

A. VALENTI.

Società medica di Parma.

Seduta del 27 gennaio 1913.

Bertarelli e Melli. *Un caso interessante di manifestazione tardiva di sifilide del coniglio.* — Viene riferito di un caso di sifilide sperimentale tardiva del coniglio interessante per alcune speciali ragioni. Un coniglio guarito di un sifiloma allo scroto, presentò, a distanza di oltre un anno dalla guarigione, una localizzazione orchitica del processo che ricordava la gomma dell'uomo. Il reperto istologico mostrava una orchite sifilitica a focolai distinti con degenerazione estesa del tessuto normale e una diffusa iperplasia del connettivo. Erano presenti in abbondanza gli spirocheti specifici.

Prof. **Riva.** *Per la diagnosi di appendicite.* — L'O. prendendo le mosse da recenti statistiche che dimostrano come buon numero di appendici asportate chirurgicamente sieno macro- e microscopicamente integre, attribuisce il fatto al modo con cui viene ricercato il segno del Mc. Burney, allo scarso valore del segno stesso ed in genere alla fallacia dei segni fondati esclusivamente sul dolore provocato. Per l'O. occorre non basarsi su segni subbiettivi, ma andare alla ricerca dei segni obbiettivi, ricerca la quale viene notevolmente facilitata dalla tecnica già indicata dal prof. Cantoni nel 1881-82 a proposito della palpazione pro-

fonda delle fosse iliache e che consiste essenzialmente nel far tendere al paziente il muscolo psoas iliaco.

Ravenna. *Contributo allo studio delle pleuriti saccate.* — Riferisce il caso di un paziente portatore da anni di un versamento pleurico saccato in cui la puntura esplorativa dimostrò la presenza oltre che di detriti di globuli bianchi, di una quantità abbondante di cristalli di colesterina. BRAGA.

R. Clinica Medica di Genova.

Seduta del 15 gennaio 1913.

Prof. E. Tedeschi. *Asma bronchiale e reazione tubercolinica.* — L'O. ricorda il caso di un giovanotto, il quale, presentatosi con fatti anemici, che trovavano loro ragion d'essere in un processo bronchiolare (con peribronchite) specifico d'un apice, fu sottoposto all'uso della proteolina.

Dopo il terzo giorno di cura (e cioè dopo l'assunzione di sei cucchiaini del rimedio), il giovane presentò un accesso di asma bronchiale tipico. Sospeso l'uso della proteolina, si andarono attenuando gli accessi, che si ripresentarono invece con nuove somministrazioni del rimedio. È da notarsi, che l'ammalato cinque anni prima aveva avuto qualche leggero accesso asmatico.

È interessante quindi il fatto che gli attacchi asmatici insorsero con l'uso della proteolina. Che la tubercolina possa riattivare territorialmente talora un processo tubercolare è cosa ormai nota a tutti; ma qui la reazione tubercolinica è stata *sui generis*; e sembra essere un fatto raro. Il quale è interessante, perchè si presta ad interpretazioni patogenetiche delle quali la più probabile è che si sia trattato di esplosione di fatti anafilattici di tubercolina in un tubercoloso. D'altra parte rimarrebbe ancora provato, che la via gastrica non si oppone, come taluno ancora sostiene, ad un trattamento tubercolinico specifico.

Prof. A. Barlocco. *Fenomeni nervosi in un glicosurico.* — Un caso di soggetto arteriosclerotico-glicosurico, entrato in clinica con fenomeni nervosi caratterizzati da delirio, eccitamento dei riflessi profondi e superficiali. L'urina dava presenza di glucosio, assenza di acetone e di acido diacetico. In tale forma era importante stabilire se i sintomi nervosi dovesseso esser riferiti a fenomeni di intossicazione diabetica (acidosi) o non si trattasse di fenomeni nervosi in arteriosclerotico alcoolista. In base all'indagine anammestica (non sindrome diabetica vera e propria) si accettò il secondo concetto. Somministrazione di stricnina e bagno tiepido si dimostrarono particolarmente efficaci e l'infermo lasciò la clinica in ottime condizioni: negativo per lo zucchero l'esame delle urine. Come si vede trattavasi di glicosuria arteriosclerotica di origine alimentare e non di diabete.

Prof. Rossi. *Crisi gastriche precocissime nella tabe dorsale.* — L'A., premesso come sia nota la comparsa di crisi gastriche anche nei periodi iniziali della tabe (periodo preatassico), rileva però la grande importanza clinica delle crisi stesse quando ancora non sussistono altri indizi sicuri di tabe. In questa contingenza è molto frequente lo scambio con affezioni vere e proprie dello stomaco o di altri organi addominali. Riferisce un caso di tabe monosintomatica, in cui violèntissime crisi gastriche non s'accompagnarono per lungo lasso di tempo con altre manifestazioni tabetiche, se si eccettua un certo indebolimento dei riflessi achillei, mentre successivamente il quadro sintomatologico della malattia andò via via svolgendosi nella sua evoluzione.

Prof. **Romanelli.** *Sopra un caso di versamento pleurico in via di rapido riassorbimento, complicante il corso d'una cura pneumotoracica.* — In un ammalato con lesioni bronco-pneumoniche tubercolari a carattere distruttivo in corrispondenza del lobo superiore destro e con focolai bronchiolitici e peribronchitici nel lobo superiore sinistro, venne praticata la cura pneumotoracica, coadiuvata da opportuno trattamento specifico. Dopo il 13° rifornimento nella pleura destra si ebbe l'insorgenza d'un modico versamento pleurico, con tutti i caratteri di un essudato sterile. Tranne che una leggera elevazione termica, l'infermo non avvertì alcun disturbo degno di particolare rilievo. In capo a pochi giorni, senza alcun trattamento speciale, il liquido rapidamente diminuì di volume, permanendo una piccola falda liquida e ciò a differenza di quanto ordinariamente fu segnalato in circostanze simili nelle quali il liquido aveva poca tendenza a riassorbirsi.

Fedeli. *Sopra un caso di stenosi mitralica.* — L'A. riferisce di un caso di stenosi mitralica di altissimo grado, presentatosi in clinica in periodo terminale di scompenso. Riusciva interessante la assenza assoluta di edemi, che maggiormente spiccava se paragonata alla enorme stasi epatica e polmonare (bronchiorragie).

La autopsia dimostrò una ingentissima dilatazione delle orecchiette, mentre di ben poco erano modificati i ventricoli. Veniva fatto di pensare che, esauritisi tutti i mezzi di immobilizzazione del sangue nel circolo entero-epatico, pure le cavità auricolari, progressivamente dilatantesi, avessero contribuito ad alleviare il lavoro sistolico, immobilizzando pur esse parte di sangue finchè, per la eccessiva tensione, non vennero a disturbare la innervazione intracardiaca. Infatti si ebbe arresto improvviso del cuore in sistole.

Dott. BERTOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La patologia del diaframma.

Lo studio della funzione respiratoria è stato fino ad ora trascurato, sopratutto perchè il diaframma, l'organo respiratorio per eccellenza sfugge ad un analisi accurata della sua funzione. Il fenomeno di Litten è l'unico che ci rivela il grado di funzionalità del diaframma, giacchè la spostabilità delle basi polmonari è troppo in rapporto colle condizioni delle pleure: eppure il segno di Litten nonostante la sua importanza è stato troppo trascurato fino ad ora: spesso è un segno prezioso che ci rivela un enfisema iniziale, quello stato anatomico del polmone che ha analogia collo stato presclerotico delle arterie. Un altro segno di notevole importanza e che serve a rilevare se le due metà del diaframma funzionano in modo sincrono e colla stessa forza consiste nell'osservare se i due ipocondri si sollevano contemporaneamente e nella stessa misura: ciò si rileva meglio sovrapponendo le mani sugl'ipocondri ed ordinando al paziente di esagerare la sua respirazione addominale.

Se le aderenze pleuriche determinano rientramenti inspiratori negli spazi intercostali molto più facilmente determineranno un impedimento all'espansione del diaframma e quindi si comprende come una osservazione accurata della funzione diaframmatica potrà farci rilevare aderenze pleuriche che altrimenti sfuggirebbero.

Lo studio delle funzioni del diaframma non solo servirà a rilevare le alterazioni degli organi endotoracici ma anche dei visceri addominali la cui funzione e soprattutto la circolazione è in diretto rapporto colla funzionalità del diaframma.

(Buttersack. *Berl. Klin. Woch.*, n. 43).

P. A.

I segni fisici della tubercolosi polmonare causati dalla stenosi nasale.

M. E. Lapham (*Med. Record*, agosto 3, 1912) richiama l'attenzione sul fatto che in seguito a stenosi nasale si possono manifestare dei sintomi tali a carico dei polmoni da far credere che si tratti di un processo tubercolare. A riprova di ciò riporta due casi personali ed alcuni casi analoghi di Blumel e Richter.

Le relazioni fra ostruzione nasale ed asma sono da gran tempo conosciute. Vi è un'uguale intima connessione fra l'ostruzione nasale e la tubercolosi degli apici? Trovando forme di stenosi nasale molto frequentemente nei propri casi di tubercolosi l'A. è incline a credere che sia proprio così. L'ostruzione nasale disturba il meccanismo della respirazione nella parte più debole del polmone ed in specie negli apici e dà luogo a sintomi ed a segni fisici che sono assolutamente tipici della tubercolosi.

Può essere che lo stabilirsi di una valida e libera respirazione attraverso il naso non solo tolga di mezzo delle condizioni che ostacolano il normale sviluppo fisico e mentale del paziente, ma anche diminuisca le probabilità per contrarre un'infezione tubercolare.

In tutti i casi di tubercolosi apicale associata con stenosi nasale noi ci dovremmo ricordare che vi è il pericolo di diagnosticare una bronchite cronica fibrosa da collabimento e da atelettasia come di natura tubercolare, e dovremmo per tanto riservare il nostro giudizio sino a che non siansi constatati gli effetti della correzione dell'imperfezfone nasale.

TR.

Sulla patogenesi dell'asma bronchiale.

Su 13 casi d'asma bronchiale il Chelmonski (*Deut. Arch. für klin. Mediz.*, 1912, p. 56), con l'ausilio dell'esame radioscopico ha potuto constatare la presenza di gangli peribronchiali ingrossati. La tumefazione di essi era proporzionale all'intensità della malattia.

La costanza del reperto e la rispondenza tra gravità dei sintomi e grossezza dei gangli fa pensare all'A. che non si tratti di una pura coincidenza, ma d'un vero rapporto causale con asma. Può sorgere il sospetto che si tratti di vera manifestazione secondaria in rapporto con le alterazioni bronchiali, che talora insorgono negli asmatici.

L'A. ricorda a tale proposito quanto lievi e scarse siano d'ordinario le lesioni anatomo-patologiche della mucosa bronchiale negli asmatici, ed è invece propenso a credere che, sebbene non si possa ancora stabilire la precisa importanza, l'adenopatia peribronchiale deva essere strettamente legata all'insorgenza degli accessi di asma, avere insomma la sua parte nella patogenesi della sindrome polmonare.

t. p.

TERAPIA.

La medicazione endovenosa.

In un esteso ed interessante lavoro pubblicato su « La Crónica Médica » del 10 e 25 genn. e 10 febbr. 1913, il dott. Candela y Plá, della Facoltà Medica di Valenza, raccoglie le nostre conoscenze attuali sull'importantissimo presidio terapeutico e consegna alcune osservazioni personali concernenti la terapia delle infezioni puerperali e la tecnica delle iniezioni.

Riepiloga dapprima la storia della terapia endovenosa.

Dopo aver ricordate le ricerche sperimentali di Kroneker e Sander e i tentativi di Landerer, proclama che la medicina deve a Guido Baccelli — « il clinico geniale », com'egli lo definisce — l'applicazione del metodo nel campo clinico.

E ripete la celebre frase pronunciata da Virchow al Congresso medico internazionale adunatosi a Berlino nel 1890: « ciò che Lister praticò alla superficie del corpo, lo osò Baccelli sulla crasi del sangue ».

In quel tempo il metodo era stato applicato soltanto ai sali neutri di chinina, per la cura delle perniciose malariche.

In seguito lo è stato sempre più diffusamente: alla linfa di Koch, al sublimato corrosivo, alla strofantina, ai metalli colloidali, all'ossigeno, all'adrenalina, ai sieri artificiali, al siero antidifterico, ai preparati arsenicali ed in specie all'atoxil e al salvarsan, ecc.

I nostri lettori conoscono questo progresso trionfale del metodo. Sarebbe superfluo insistervi.

***

Interessa rilevare, invece, i risultati eccellenti conseguiti dall'A. in molti casi di *setticemie puerperali.*

Egli ritiene che il sublimato sia in grado di debellare queste infezioni non già grazie alle sue virtù antisettiche, ma perchè — secondo le ricerche pubblicate da Patella nel « Policlinico » — eccita gli organi emopoietici e migliora la crasi del sangue.

È convinto che i pochi insuccessi registrati non si sarebbero dovuti lamentare qualora si fosse avuta una conoscenza più esatta e rigorosa delle *indicazioni* e *contro-indicazioni.*

Poichè il metodo non deve applicarsi in modo indiscriminato.

Conviene tener conto del fatto che i casi di setticemia puerperale *non si equivalgono,* perchè dovuti a germi molteplici, ad associazioni microbiche svariate e poichè la varia resistenza dell'inferma ha molta parte nel determinare lo stato di gravità della malattia.

L'A. consiglia di valutare il grado di *resistenza dell'organismo* in base a tre elementi: l'integrità morfologica ed idrologica del *sangue,* lo stato del *rene* e lo stato del *sistema digerente.*

L'albuminuria costituisce una contro-indicazione netta, poichè l'eliminazione del mercurio attraverso il rene potrebbe aggravare la lesione di cui essa è indice.

Non meno netta è la controindicazione data dallo stato di grave sofferenza del sistema gastrointestinale, poichè anche questo rappresenta una delle vie di eliminazione preferite dal mercurio e dev'essere integro, se non si vuole provocare una *débacle.*

Ma sovratutto egli reputa necessario tener conto del *momento* in cui s'interviene, per apprezzare la bontà dei risultati.

Non dobbiamo ricorrere alla cura Baccelli dopo aver tentato gli altri rimedi ed averne sperimentata l'inefficacia, quando la difesa dell'organismo è già esaurita, è già fiaccata.

Allorchè si aspetta che i germi abbiano avuto campo di moltiplicarsi all'infinito nella massa del sangue e che i leucociti siano avariati, le emazie cadaveriche, il plasma in decomposizione, allorchè si aspetta che sia sopraggiunto il periodo adinamico o lo stato pre-agonico, qualunque intervento si rende inopportuno: diviene — diremmo — un « non-senso terapeutico ».

L'A. annette molta importanza anche al *dosaggio.*

Crede che sia spesso insufficiente.

Egli si è attenuto alle dosi seguenti: 5-10 mgm. *pro die,* in 1-2 volte, nei casi di media intensità o per donne piccole; 20 mgm. nei casi di eccezionale gravità o per quelle donne il cui peso supera i 100 kg.; 15-20 mgm. nei casi di gravità intermedia e per donne di peso normale o leggermente superiore.

Poche volte ha osservato la stomatite; talvolta si è prodotta colica intestinale; in un'inferma ad ogni iniezione seguivano cefalea intensa e delirio; in un'altra inferma si produsse albuminuria che scomparve entro 48 ore.

Ma, se non esiste una controindicazione formale, il *metodo non è mai dannoso.*

***

Una felice innovazione l'A. ha portato alla *tecnica.*

Nella formola preconizzata da Baccelli il sublimato è al millesimo (ogni mgm. di sublimato è contenuto in 1 cmc. di soluzione isotonica); nonpertanto si dimostra ancora irritante pei tessuti attraversati dall'ago e quindi l'iniezione riesce dolorosa; non solo, ma non di rado si determina un leggero edema, per modo che la stessa vena in quel posto non può essere utilizzata per

3-4 giorni almeno, ciò che costituisce una difficoltà quando si eseguono molte iniezioni.

Per ovviare a questi inconvenienti l'A. ha pensato di diluire ancora di più la soluzione.

In questo modo non si produce nessuna irritazione, anche se qualche goccia di liquido infiltra, per difetto di tecnica, la regione para-venosa.

Inoltre l'eventuale effetto dannoso su quella parte della massa ematica con cui il liquido viene immediatamente a contatto, risulta attenuato o soppresso.

L'A. utilizza l'apparecchio dello spagnuolo Azua destinato alle iniezioni endovenose di salvarsan. Per ogni iniezione egli usa 100 cmc. di soluzione fisiologica. Comincia a introdurre qualche cmc. di questo liquido nella vena; poi nel recipiente, sostenuto da un aiutante, versa la soluzione Baccelli, agita e continua l'iniezione.

Naturalmente può servire qualunque altro apparecchio atto ad iniettare nelle vene forti dosi di liquido.

Riteniamo che questa tecnica segni un progresso sensibile.

***

L'A. conclude proclamando che la medicazione endovenosa costituisce il processo di somministrazione *più razionale* e *più diretto* di quanti ne conosce la terapia; che esso consente di conseguire il *massimo d'azione* con la *quantità più esigua di medicinale* e con la maggiore *rapidità di effetti*; che i risultati ottenuti nella *setticemia puerperale* mercè le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo sono tanto più favorevoli, quanto meno generale è il processo infettivo e maggiore l'integrità dell'organismo paziente; che gl'insuccessi debbono ascriversi alla inosservanza delle norme di somministrazione o ad insufficenza del dosaggio.

T. I.

VARIA

L'acquario umano. — Nel circo Busch, a Berlino, uno dei numeri del programma è costituito da un francese di nome Norton, detto « l'acquario umano ».

Tale individuo fu esaminato prima dal dottor Faerz, e fu poi anche visitato nella Clinica dai dottori Elsner et Ury a Berlino, secondo quanto è detto in una comunicazione di Wilhelm Sternberg in *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (20 febbraio 1913).

L'individuo ha 35 anni di età, è robusto, sano e possiede organi normali. Le sue esibizioni nel circo Busch sono interessanti per il medico sotto due punti di vista.

Norton è capace di bere in poco tempo da cinque a sette litri d'acqua e può conservarli lungamente senza bisogno di evacuarli. Dappoi egli ingoia da cinque a dieci rane vive e le rivomita, senza provare alcun disgusto. Per mostrare appunto questa sua insensibilità, l'*artista* fa vedere le estremità mobili delle rane viventi che ritornano nella sua bocca per rigurgito per poi estrarle a suo comodo, provocando così il ribrezzo degli spettatori.

Oltre alle rane Norton ingoia pure una diecina di pesciolini rossi viventi, li conserva a lungo nel suo stomaco e poi li rigetta sempre vivi. Questo fenomeno introduce poi nel suo stomaco due lampade elettriche, come si pratica nella gastrofania, al fine di rendere visibile i movimenti delle rane e dei pesci nel suo stomaco.

Sternberg volle recarsi a visitare lo straordinario individuo nell'albergo ove egli aveva preso alloggio, e Norton gli disse di aver mangiato da circa tre ore, indi alzatosi si diede a vomitare il cibo che aveva ingerito qualche ora prima, regolando a volontà l'emissione in un getto sottile o in masse copiose. Il liquido che questo individuo emette col vomito non è misto a mucosità, ma si presenta con un aspetto chiaro e limpido, tanto che egli risciacqua sempre nell'acqua stessa da lui rigettata i pesci e le rane prima di rimetterli nel loro bacino e si lava nella stessa acqua le proprie mani.

L'esame radioscopico eseguito dal dott. Desternes fa riconoscere la presenza di uno stomaco normale, ma dotato di una tonicità speciale e di una straordinaria elasticità. Non si tratta quindi di un esofago o di uno stomaco dilatato, ma semplicemente di un organo fornito di una elasticità e di una contrattilità anormali.

Tale potere di ingoiare grandi quantità di liquido e di rigettarle a piacere, era posseduto anche dal padre e dal nonno dell'individuo in esame.

La seconda circostanza notevole è la seguente. Norton ingoia prima le rane e indi i pesci, ma generalmente restituisce prima le rane che ha ingoiate avanti e quindi i pesci che ha ingoiato dopo. Ci si dovrebbe aspettar piuttosto il contrario.

Tale circostanza ricorda un altro fenomeno che non è citato nè dalla fisiologia nè dalla medicina veterinaria nè dalla zoologia, mentre potrebbe, invece, interessare la fisiologia e la patologia dello stomaco.

Molti animali rigettano regolarmente, pur presentando un ottimo stato di salute, le sostanze non digerite dallo stomaco. Tale emissione, costituita da residui di ossa, peli, ecc., ha luogo costantemente presso determinati uccelli a giorni alterni o soltanto ogni due giorni di intervallo,

quando essi hanno ingerito ad esempio, dei topi; ma avviene che siano espulsi prima i resti del primo topo divorato e in ultimo quelli dell'ultimo topo, ciò che dimostra che nello stomaco del rapace si produce un fenomeno di inversione.

Qualche tempo prima di rigettare, l'uccello non mangia più, egli vorrebbe volentieri mangiare il suo cibo prediletto quando gli viene pôrto, ma non gli è permesso, a causa di una particolare impossibilità meccanica.

Ad esempio il Mangiatore di api, *Merops apiaster L.*, non tocca il suo cibo quando è sul punto di rigurgitare. Tali animali possono dunque mangiare regolarmente e digerire senza che il residuo che deve essere più tardi espulso dia loro alcun fastidio.

L'osservazione fatta da Sternberg, della inversione che avrebbe luogo nello stomaco dell'individuo detto « l'acquario umano », suggerisce a Schwalbe (1) il ricordo di una affermazione di Grutzner che nello stomaco dei ratti in generale gli ultimi alimenti ingeriti si dispongono in mezzo a quelli ingeriti prima, come fu potuto osservare a mezzo di sostanze alimentari colorate artificialmente con colori differenti. Osservazioni analoghe furono pure fatte da Roberto Koch per ciò che concerne le cavie.

Sul modo di mescolarsi degli alimenti nello stomaco umano le ricerche fatte a mezzo dei raggi Röntgen hanno dato risultati soddisfacenti; tuttavia la comunicazione di Sternberg deve richiamare la nostra attenzione sul modo di comportarsi nell'interno dello stomaco delle masse compatte e non pastose costituite da animali viventi, come è appunto il caso di questo artista da circo, il quale potrebbe servire meglio di qualunque altro organismo allo studio di tali fenomeni.

Dott. GOD.

(1) Deutsche Medic. Woch., 20 febr. 1913, p. 375.

IGIENE

L'aria nei sommergibili immersi.

(Prof. C. M. BELLI e dott. G. OLIVI. *Comunicazione al Congresso internazionale d'igiene e demografia*. Washington, settembre 1912).

L'importanza crescente che si annette ai sommergibili tra gli strumenti di guerra navale, ha indotto gli AA. a studiare la respirabilità dell'aria nei sommergibili immersi, che è quanto dire le condizioni atte a prolungarne l'abitabilità.

Dapprima gli AA. hanno studiato le alterazioni che subisce l'aria durante le immersioni. Hanno riconosciuto che non si produce ossido di carbonio; hanno anche escluso la presenza di prodotti tossici complessi segnalati da alcuni autori: antropotossine e xenotossine. Invece si eleva in modo notevolissimo il contenuto di anidride carbonica, fino a toccare il 37.2 ‰. A questa forte proporzione di anidride carbonica gli AA. ascrivono i leggieri disturbi di cui talvolta soffre l'equipaggio; vi contribuiscono anche la temperatura elevata e la saturazione d'umidità; nonpertanto in tali condizioni si può vivere e persino lavorare per parecchie ore!

Gli AA. hanno poi studiato i vantaggi che presenterebbe un nuovo metodo da essi proposto per rinnovare l'aria parecchie volte durante le immersioni (sui dettagli del metodo gli AA. osservano il segreto militare). È risultato che il metodo è sotto molti riguardi eccellente: esso evita il viziamento globale dell'aria, allontana l'aria viziata man mano che si produce e permette di mantenere l'equipaggio in condizioni fisiologiche per 24 ore e al di là.

Hanno anche indagato i vantaggi che potrebbe presentare l'impiego di una sostanza chimica recentemente proposta per fornire ossigeno ed assorbire anidride carbonica: l'ossilite « S » (biossido di sodio). È risultato che la rigenerazione dell'aria con questo mezzo risulta oltremodo imperfetta: esso deve considerarsi quale una risorsa estrema quando non riesce più possibile di rinnovare l'aria, in attesa dei soccorsi.

B. R.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

G. GLIGER. **Précis d' Électricité Médicale.** Paris, 1912. 1 vol. in-16° di pag. 109, con 122 figure. J, Rousset, éditeur. Frs. 6.

Tutti i medici sono interessati ad utilizzare l'azione dell'elettricità a scopo diagnostico e terapeutico. L'opera che presentiamo non si propone altro scopo che quello di volgarizzarne i mezzi, mettendone l'uso a portata dei pratici non specialisti.

La prima parte è consacrata alle nozioni generali indispensabili per bene intendere la produzione dei fenomeni elettrici. La seconda parte studia, dal punto di vista tecnico e strumentale, le sorgenti di produzione, le modalità di applicazione, i raggi X, l'alta frequenza, le correnti continue, alternate e sinusoidali, ecc. La terza parte è riservata alle applicazioni terapeutiche, secondo le varie malattie. L'A. si appoggia alle osservazioni di autori di valore, corroborate dalla sua esperienza personale. R. B.

L. WICKHAM et P. DEGRAIS. **Le Radium. Son emploi dans le Traitement du cancer.** 1 vol. in 16° delle « Actualités Médicales ». Paris, J. A. Baillière & Fils, 1913.

Che cosa è il radium ? In quali malattie si applica ? Quali risultati se ne ottengono ? A queste tre domande si sono proposti di rispondere gli autori, i quali sono capi-servizio al Laboratorio biologico del radium di Parigi - il primo del genere che sia stato istituito.

Non si preoccupano della tecnica, da essi già esposta nel loro trattato « Radiumthérapie », che tanto successo ha ottenuto e che è stato tradotto in tedesco ed in inglese.

Mettono in luce i risultati meravigliosi a cui può condurre l'uso del radium nel trattamento dei cancroidi cutanei e di sarcomi e carcinomi anche estesi, nonchè del lupus e dei tumori vascolari congeniti. R. B.

A. FÜRSTENBERG. **Physiologische und therapeutische Wirkungen des Rhadiums und Thoriums.** Un op. della Raccolta Albu. Halle a S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1912. M. 1.80.

L'uso dei corpi radioattivi assume un interesse crescente in medicina, per la cura delle affezioni reumatiche e nevralgiche, delle malattie del ricambio, dei tumori.

Il numero di pubblicazioni che vi sono consacrate cresce in modo vertiginoso.

L'A. ha raccolto in questa monografia le nozioni più utili al medico pratico. Si attiene a brevi cenni sulle proprietà fisiche; descrive sommariamente le azioni fisiologiche ed insiste sulle applicazioni terapeutiche, con speciale riguardo alla emanoterapia. Si ferma specialmente sul radium e sull'emanazione di radium; parla poi del mesothorium, del thorium X e dell'emanazione di thorium; accenna brevissimamente all'actinium. I. T.

G. DU GERS. **La cuprase et le cancer.** Un op. in-8°. Paris, Jules Rousset éditeur, 1913. Frs. 2.

Il dott. Gaube du Gers avrebbe riconosciuto che il rame colloidale albumosico esercita un'azione elettiva sui fosfatidi della cellula cancerosa. Timidamente dapprima, più decisamente in seguito, ha pensato di utilizzarlo per la cura del cancro. Molti medici hanno seguito il suo metodo di « decancerizzazione »; i loro risultati sono consegnati in questo volume, nel quale l'A. fa parlare i fatti. Queste osservazioni sono precedute da una parte introduttiva, nella quale l'A. espone le idee che ne hanno diretto le ricerche. Nell' insieme questo lavoro rappresenta un buon contributo allo studio ed alla cura medica del cancro. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La pubblicità dei medici sui giornali politici.

Fra le questioni che più interessano in questo momento le organizzazioni professionali straniere sta in prima linea quella della repressione degli abusi della pubblicità fatta dai medici nei giornali politici. In recenti Congressi professionali di molti paesi se ne è discorso con molta passione. In Italia siamo ancora troppo scettici ed apatici per accalorarci in discussioni di questo genere; ed è tuttavia così dominante la teoria del *comodo proprio*, che molti medici non credono di poter rimproverare a qualche collega arrivista di aver ecceduto nel fare il comodo suo.

Ma questo sistema di reciproca tolleranza deve pur avere dei limiti, e non è prudente lasciarne la determinazione alle mormorazioni dietro le spalle nelle farmacie, ma è bene fissarli alla luce del sole e imporli con la forza delle organizzazioni. Forse non avrò consenziente in questa idea quella parte dei miei lettori che appartiene alla falange dei refrattari dell'organizzazione, falange piccola ma tenace, come ha dimostrato l'applicazione della legge sugli Ordini; ma non importa; noi dobbiamo resistere in ogni occasione alla propaganda di idee di coloro che amano dedicarsi soltanto ad una specie di onanismo professionale.

Il limite della tolleranza degli avvisi di *réclame* dei medici è dunque quello che conviene determinare.

Vi sono delle informazioni da portare a conoscenza del pubblico, la cui necessità può essere in alcuni casi reale, e quindi non sarebbe giusto di condannare in simili casi l'uso della stampa quotidiana politica; per esempio, l'annunzio del proprio indirizzo, del cambiamento di domicilio o di orario, del ritorno in residenza dopo una lunga assenza. Nessuno potrebbe trovare un carattere di sconvenienza in avvisi di questo genere, purchè ripetuti per un numero limitato di volte. Dejace, della *Belgique médicale*, ammette la ripetizione di simili avvisi per tre volte e non più.

Al di fuori di questi casi speciali, la pubblicità permanente fatta dai medici sui giornali politici, durante tutto l'anno, non è dignitosa, qualunque sia la posizione professionale di chi la fa. Le eccezioni che alcuni vorrebbero riservare per gli specialisti non hanno ragione di essere. È anzi logico che proprio gli annunzi degli specialisti debbano essere sorvegliati di più se si vuole combattere sul serio il ciarlatanismo, e non si comprende perchè ad essi dovrebbe essere concessa una tolleranza più grande che non ai medici pratici generici.

Debbono essere permessi gli annunzi permanenti agli Istituti di cure, alle Case di salute, ecc.?

Alcuni autori francesi arrivano alla severità di non riconoscerli come decorosi. Essi dicono che l'Istituto può disporre di altri mezzi di propaganda, opuscoli, resoconti, ecc., destinati direttamente alla classe medica; si può ammettere che gli Istituti abbiano da pubblicare avvisi speciali più frequentemente che non i medici pratici, ma la pubblicità permanente di essi ricadrebbe di diritto nella categoria delle *réclames* ciarlatanesche. Questa conclusione è certamente troppo rigida, perchè questi Istituti hanno un carattere industriale così commisto al carattere professionale che è difficile separare nettamente l'uno dall'altro; tuttavia la pubblicità della Casa di salute o di altra simile istituzione, è nello stesso tempo pubblicità di chi la dirige, cioè di un medico, e quindi non è possibile ammettere che non debba ricadere sotto le regole eventualmente stabilite per scemarne gli abusi.

In ogni caso le organizzazioni professionali debbono aver sempre il diritto di *veto* sulla pubblicazione di annunzi, anche speciali, il cui testo deve essere comunicato ad esse preventivamente.

Il pensiero pertanto di coloro, che potremmo chiamare i puritani della deontologia medica, i quali non ammettono alcuna profanazione, anche minima, nel tempio di nostra scienza, si può riassumere così: interdizione di qualunque *réclame* nella stampa politica (non considerando come tale i semplici avvisi di cambiamento d'indirizzo o di orario e di ritorno dopo prolungate assenze, ripetuti un numero determinato di volte) da parte sia dei medici pratici, sia degli specialisti, sia degli Istituti sanitari.

Ma se vi sono degli accomodamenti col cielo, a più forte ragione possono esservene con la deontologia medica.

Altri autori hanno pensato ad una specie di provvedimento preventivo d'igiene professionale.

Secondo questi gli avvisi sui giornali potrebbero essere permessi, ma con un regime speciale.

Le organizzazioni professionali dovrebbero fare esse un contratto con i giornali e riunire in un'unica rubrica tutti gli annunzi provenienti dai loro associati; in testa a questa rubrica dovrebbe essere riportato una specie di regolamento speciale con qualche paragrafo che stigmatizzasse il ciarlatanismo medico; naturalmente ogni annunzio sarebbe sottoposto alla censura preventiva dell'Associazione, e gli interessati dovrebbero pagare la loro quota di spesa.

Questo sistema ha dei lati che piacciono a prima vista; gli avvisi che i giornali pubblicassero al di fuori della rubrica avrebbero per questo solo fatto il suggello del ciarlatanismo; e la libertà individuale degli esercenti la medicina pratica non sarebbe conculcata (come potrebbero pensare i feticisti della libertà, anche di quella di mal fare); vi sarebbe anzi una libertà individuale più grande perchè cessato il pericolo di essere creduti dei ciarlatani i medici approfitterebbero con maggiore franchezza della pubblicità onesta.

Ai debuttanti nella carriera professionale questo sistema darebbe un aiuto forse potente, che rinsalderebbe i legami della grande famiglia sanitaria. Agli specialisti veri, che hanno conquistato il diritto di chiamarsi tali con studi e tirocinî reali e non fantastici, verrebbe così il riconoscimento ufficiale dai loro colleghi, cioè l'aiuto più sicuro per essi e la guarentigia più seria per il pubblico.

La classe medica con tale sistema profitterebbe onestamente e dignitosamente dei vantaggi che a tutte le altre classi sociali moderne procura la pubblicità della stampa, sfuggendo nello stesso tempo alle recriminazioni nel suo proprio seno ed alle diffidenze dei clienti.

Chi potrebbe lagnarsene? I guaritori dei mali inguaribili, gli scopritori delle cose già scoperte, gli specialisti per autodiploma, i ginecologi ripristinatori e simili ciarlatani *ejusdem farinae*, ai quali l'organizzazione non permetterebbe la pubblicazione di annunzi menzogneri, millantatori o inverecondi, e che difficilmente oserebbero di inserirli per conto loro, anche atteggiandosi a vittime del professionalismo ufficiale, con un giuoco che dopo poco non ingannerebbe più nessuno.

Questo sistema porterebbe alla regolamentazione della *réclame* medica da parte delle organizzazioni, cosa molto più facile e certamente più liberale della sua abolizione.

I suoi vantaggi non mi seducono però abbastanza da non farmene vedere gli inconvenienti e le difficoltà.

Piuttosto agevole in una piccola città, in cui i medici che ne potranno profittare saranno pochi, esso urterà nella pratica contro ostacoli durissimi nelle grandi metropoli.

Primo ostacolo, il numero dei medici, i quali saranno attratti a questa forma di *réclame* cooperativa, che probabilmente sarà anche più economica, assai più che non siano oggi portati alla *réclame* individuale. Secondo ostacolo, la struttura e la redazione degli annunzi che non potranno essere monotonamente uniformi, e tuttavia dovranno essere fatte in modo che uno non soverchi l'altro. Io compiangerei fin d'ora gli uomini che fossero preposti dalle organizzazioni alla direzione di questo servizio ed alla revisione degli annunzi dei colleghi, perchè il loro còmpito sarebbe spesso così arduo da indurli ad abbandonarlo. Terzo ostacolo, almeno per noi in Italia: le nostre organizzazioni, cioè gli Ordini, non sarebbero adatti essendo enti statali a questa forma di *réclame* collettiva per la quale sarebbero indicate delle Associazioni libere, forse, però, non egualmente autorevoli.

Comunque, questo sistema merita di essere studiato da chi ritiene che le austerità deontologiche debbono essere oggi temperate e messe in armonia con i metodi e lo stato d'animo dei tempi nuovi.

Come ha detto uno scrittore belga, che si è occupato di quest'argomento, la classe medica si compone di uomini che sono già riusciti e di uomini che non hanno potuto riuscire; permettere la *réclame* illimitata e incontrollata ai primi è consigliar loro un metodo disonesto quando essi hanno a loro disposizione dei mezzi onesti; permetterla ai secondi equivale a spingerli fatalmente verso il ciarlatanismo senza dignità. La classe medica può aiutare i meno

fortunati dei suoi membri in altri modi più onesti e più efficaci, e specialmente lottando contro il ciarlatanismo dalle spire del quale deve salvarli, impedendo il cumolo delle funzioni retribuite, fortificando la posizione dei medici delle mutualità. L'organizzazione del controllo collegiale degli annunzi di *réclame* è uno dei mezzi di più sicuro valore, appunto per venire in aiuto di quelli che la cattiva sorte potrebbe indurre ad abusarne.

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

L'obbligatorietà dell' inscrizione agli Ordini dei Sanitari. — In questi giorni la magistratura si sta occupando in tutte le provincie delle denunzie sporte dai Consigli degli Ordini dei Sanitari verso gli esercenti contravventori all'obbligo dell'inserzione nell'Albo dell'Ordine voluto dalla legge 10 luglio 1910. Di fronte ad una sentenza, assolutoria del tribunale di Chieti che ha sentenziato che il rifiuto di un sanitario a iscriversi nell'Albo dell'Ordine non costituisce reato, devonsi registrare due sentenze di condanna del tribunale di S. Maria Capua Vetere, e più recentemente, del tribunale di Roma.

Quest'ultimo, su denunzia del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti, costituitosi parte civile, ha condannato un farmacista a 87 lire di multa per contravvenzione all'art. 53 della legge sanitaria, testo unico 1° agosto 1907.

Sull'inscrizione negli Ordini. — Un collega mi domanda con una cortese cartolina: « un medico che dice di non esercitare altrimenti la professione che rappresentando in Italia un fabbricante straniero di cinti erniari e applicando questi ai clienti, è obbligato all' inscrizione nell' Ordine? Non esercita egli la professione medica? ». La risposta è insita nella seconda domanda dell'egregio collega. Un medico che visita degli erniosi e sceglie per essi l'apparecchio ortopedico più conveniente esercita nient'altro che la professione medica, perchè deve presumersi che egli non applichi a vanvera il primo cinto che gli capiti sotto mano, ma lo faccia in base alle sue conoscenze di anatomia, di patologia chirurgica. Ma i fabbricanti di cinti erniari non applicano essi molte volte i loro apparecchi direttamente agli ammalati anche senza esser medici? Sì, ma deve presupporsi che la diagnosi di ernia e l'indicazione del rimedio ortopedico siano state fatte da un medico che ha inviato il paziente al fabbricante, altrimenti questi commetterebbe il reato di esercizio abusivo della professione medica, mentre il medico rappresentante del fabbricante straniero fa da sè la diagnosi di ernia, perchè è autorizzato a farla, e sceglie l'apparecchio più adatto. Quando il medico compie un atto della professione medica egli lo compie sempre come medico e non con le caratteristiche di altre professioni.

Il medico specialista della cura ortopedica dell'ernia deve perciò iscriversi nell'Albo dei medici e così facendo provvederà alla sua dignità personale e professionale; il fabbricante si inscriverà per conto suo all' Ordine dei brachieraj, quando sarà istituito.

CAJUS.

I medici condotti della provincia di Cagliari dimissionari. — La « Tribuna » pubblicava il seguente telegramma:

CAGLIARI, 10, ore 18.30. — Iersera in una affollata riunione di medici condotti della provincia, in seguito ad una larga discussione sulle necessità della trasformazione delle condotte residenziali, giusta la disposizione legislativa già applicata in molte altre provincie e rifiutata invece nella provincia di Cagliari, unanimemente gli intervenuti hanno deliberato di rassegnare le loro dimissioni nelle mani del Presidente della Sezione dichiarandosi pronti ad una decisiva lotta che prossimamente avrà inizio con la proclamazione dello sciopero generale.

I dimissionari sono 150.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3714) *Provvedimenti disciplinari.* — Il Dott. A. R. 15 *desidera conoscere se le punizioni disciplinari al personale sanitario possono essere, oltre che dal prefetto, anche dal sindaco applicate.*

L'articolo 39 del regolamento sanitario non ha revocato la legge comunale e provinciale che affida al Consiglio comunale la potestà punitiva dei propri impiegati e dipendenti. Le punizioni, quindi, della censura e della sospensione possono ai medici condotti essere applicate tanto dal Comune quanto dal prefetto.

(3715) *Pensione - Liquidazione.* — Al Dott. B. M. da B. rispondiamo che agli effetti della pensione possono valere i due anni di assistentato prestati nello Istituto di materia medica, così come può valere l'anno e mezzo di condotta fatta dal 1° luglio 1885 al 31 dicembre 1886.

(3716) *Farmacie.* — Al Dott. L. M. da S. B. P. che desidera conoscere se gli studenti di farmacia sono autorizzati per effetto della nuova legge ad acquistare aziende farmaceutiche, rispondiamo che, a nostro avviso, nulla si oppone allo stato attuale della legislazione, ma che però sarebbe

prudente attendere che il progetto ora in discussione presso il Parlamento fosse definitivamente approvato e divenisse legge dello Stato.

(3718) *Farmacia - Impianto.* — Il Dott. A. L. F. desidera conoscere se un Comune per rendere più rispondente ai bisogni del paese il servizio farmaceutico possa istituire, con sussidi della locale Congregazione di carità, altra farmacia.

Nè il Comune nè la Congregazione di carità possono istituire farmacie proprie, dovendo l'esercizio farmaceutico essere lasciato alla industria privata. Qualora il servizio sia ora deficiente e non rispondente ai bisogni del paese, si può istituire un armadio farmaceutico, come permette la legge.

(3719) *Concorso - Termine utile per la presentazione di documenti.* — Il Dott. C. B. da T. chiede conoscere se nel giorno fissato nel bando di un concorso per la presentazione delle domande, si possano presentare solamente queste con riserva di produrre dopo i titoli scientifici ed i documenti di rito, o si deve presentare tutto in una volta l'intero incartamento.

Si deve presentare l'incartamento tutto in una sol volta, giacchè in materia di concorso si deve sfuggire ogni qualsiasi facilitazione che possa eventualmente, ancorchè per via indiretta, danneggiare il diritto dei terzi.

(3720) *Stabilità - Sessennio - Iscrizione Cassa di previdenza.* — Il Dott S. F. da A. desidera conoscere se egli sia già stabile avendo prestato due anni di servizio interinale prima della nomina a base di concorso, quando comincierà a percepire l'aumento sessennale ed a chi deve rivolgersi per ottenere l'iscrizione alla Cassa di previdenza.

È già stabile dal 16 gennaio ultimo. La parola *effettivo* si riferisce alla nomina ottenuta in base al concorso e perciò potrà cominciare a godere del sessennio col giorno 1° marzo 1919. Per ottenere la iscrizione alla Cassa, deve presentare analoga domanda all'ufficio sanitario della Provincia.

(3721) *Pensioni.* — Il Dott. T. C. da V. chiede conoscere se essendo stato per cinque anni inscritto alla Cassa pensione locale di un'Opera Pia, inscrivendosi posteriormente alla Cassa di previdenza nazionale, possa riscattare quei cinque anni di servizio e se, nella affermativa il relativo premio possa essere pagato dall'Opera Pia presso cui presta servizio.

Quei cinque anni non possono essere riscattati, perchè non trovasi Ella nella condizione prevista dall'articolo 29 della legge 14 luglio 1898, nè in quella dell'articolo 28 della legge 2 dicembre 1909, nè in quella dell'articolo 14 della legge 11 dicembre 1910.

(3722) *Condotta medica - Circoscrizione.* — Il Dottore G. A. B. da B. desidera conoscere se con nuovo capitolato possa un Comune modificare la circoscrizione di una condotta variare il turno di servizio nell'ospedale e concedere il diritto all'aumento sessennale pel solo avvenire, trascurando il servizio già prestato dal sanitario.

Il Comune ha facoltà di dividere in zone il territorio della condotta e di variare anche la circoscrizione di ciascuna zona, sempre che ciò ritenga necessario per assicurare un buon servizio pei poveri. La concessione del sessennio non può per regola essere fatta che pel tratto avvenire. Non avendola estesa anche al passato, non si è però danneggiato alcun diritto da Lei acquisito, perciocchè Ella entrò in servizio e servì per quel periodo di tempo, senza alcun patto di concessione di aumenti sessennali.

(3723) *Vaccinazione - Compenso.* — Il Dott. D. P. da P. desidera conoscere se, avendo egli per capitolato diritto a compenso per le vaccinazioni, mantenga tale diritto nel caso di supplenza d'un collega che presta servizio in altro reparto e che ha il dovere di eseguire le dette vaccinazioni senza compenso.

Francamente non possiamo darle ragione. Ella, col compenso straordinario assegnatole dal Comune, ha assunto l'onere di supplire il collega, cioè, di fare tutto quello che egli faceva compreso le vaccinazioni gratuite. Il compenso che per tale lavoro Le si corrisponde nella condotta di cui è titolare, costituisce *jus singulare,* che non può essere invocato in altre circostanze o tempi e località diverse. Nella supplenza del collega, Ella deve rispettare il contratto che fra questi e il Comune è in vigore.

(3724) *Aumento sessennale - Compenso.* — Il Dottore G. P. da B. chiede sapere in quale stipendio si deve computare l'aumento sessennale, se cioè, su quello iniziale o su quello che gode all'atto dell'acquisto del diritto.

Per rispondere adeguatamente occorrerebbe avere presente il capitolato. In linea generale possiamo, però, assicurare che l'aumento sessennale si calcola sempre sullo stipendio, che si percepisce all'atto del conseguimento del diritto.

(3725) *Sessenni - Effetti sulla pensione.* — Il Dottore U. M. da O. chiede conoscere se gli aumenti sessennali di stipendio vadano calcolati nella liquidazione della pensione.

Per rispondere con tutta conoscenza di causa occorrerebbe tener presente il regolamento locale sulle pensioni. Per regola generale, però, gli aumenti sessennali si computano nella liquidazione della pensione, perchè essi soprapponendosi allo stipendio ne formano parte integrale, inseparabile.

(3726) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. A. S. da C. chiede se essendo ufficiale sanitario da oltre tre anni possa ritenersi stabile; se i consorzii sanitarii si istituiranno presto, e se possa inscriversi alla Cassa pensioni, gravandosi degli anni di servizio prestati come medico condotto.

Se si trova in servizio da almeno tre anni, potrebbe invocare la stabilità. Questa però non si acquista di diritto, ma occorre il previo parere favorevole del Consiglio provinciale di Sanità. I consorzi sanitari sono in via di costituzione; occorre del tempo, perchè la maggior parte di essi debbono essere coattivamente formati. Se era in servizio nel 1898, potrebbe ora usufruire della legge sulle pensioni dei medici anziani e crediamo non debba esservi difficoltà per cumulare il servizio che ora presta a quello già prestato in qualità di medico condotto.

(3727) *Farmacie - Riposo festivo.* — Il Dott. G. G. da P. P. desidera conoscere se esiste qualche sentenza di Cassazione che esenti dal riposo festivo le aziende farmaceutiche, ove non esistono salariati.

Non consta che esistano sentenze di Cassazione. Se però il farmacista è proprietario dell' azienda non è colpito dalla legge. Ha l'obbligo del riposo per turno, nel solo caso che abbia alla sua dipendenza salariati o stipendiati.

(3728) *Esercizio della condotta.* — Il Dott. D. C. da A. P. chiede conoscere se può rifiutarsi di accedere su di un somaro alle frazioni della condotta in caso di chiamata.

Il mezzo di trasporto che il cliente può adoperare deve essere tale da non recar fastidio al sanitario, nè pel tempo che impiega, nè per la decenza, nè per la comodità. Può, quindi, pretendere che si usi mezzo più acconcio ed opportuno. Lo faccia intendere a coloro, che di volta in volta, La vengono ad invitare.

(3729) *Tassa esercizii.* — Il Dottore T. T. da S. chiede conoscere se essendo medico condotto pei soli poveri vada soggetto al pagamento della tassa di esercizio.

Ella va esente da tale tassa come condotto pei poveri, ma deve pagarla solo ed in proporzione del reddito che ricava dalla cura degli agiati, per cui non vi è esenzione.

Doctor JUSTITIA.

Il fascicolo di febbraio 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. C. Frugoni** - Studi sulla ghiandola carotidea di Luschka.
II. **Dott. Rodolfo Foscarini** - Sopra un caso di peritonite secondaria, con ascesso sequestrante della milza.
III. **Dott. Pietro Mazzitelli** - Intorno a un caso di anemia infantile da Leishmania proveniente da Monte S. Biagio in provincia di Caserta.
IV. **Dott. Bonaventura Maiolo** - Studio analitico comparativo sui metodi clinici per la determinazione quantitativa dell'albumina nelle urine e nei liquidi patologici.

Condotte e Concorsi.

AMATRICE (*Aquila*). — 4 condotte piene, obbl. cavalc.; L. 3700 ciasc. oltre L. 250 per l'eletto ad uff. san. Scad. 11 aprile.

AQUILA. *Manicomio della Provincia.* Direttore; L. 5000 e 3 sessenni. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione Provinciale. Scad. 15 aprile.

BORNASCO (*Pavia*).—Condotta piena; L. 3300 aument., ab. 1021. Scad. 30 marzo.

* BRUNO (*Alessandria*). — Condotta ; L. 3000 e 3 sessenni; per la generalità. Scad. 15 aprile.

CAGLIARI. *Ospedale Civile.* Assistente della sezione medica. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 26 marzo.

CASALE SUL SILE (*Treviso*). — Condotta; L. 3560 pei poveri; libera per gli abbienti. Scad. 8 aprile.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Tre condotte; L. 3000 lorde ; L. 700 per obbl. cav. ; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza, a carico dei cittadini ; due sessenni.; L. 500 annue alla prima condotta per le mansioni di uff. san.; altri proventi. Scad. un mese dal 16 marzo.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — Condotta libera pei poveri ; L. 3000, un quinto dopo 2 anni e 2 sessenni del decimo; L. 200 se uff. san.; L. 600 per indennità mezzi trasp. Scad. 7 apr.

CIANO D'ENZA (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri ; L. 4000. Scad. 15 aprile.

CONCOREZZO (*Milano*). — Condotta piena. Ab. 5320. L. 3950 nette, tre sessenni. Esonero cav. Scad. 31 marzo.

* CORDENONS (*Udine*). — Condotta piena pel 2° riparto; L. 4500 e 2 sessenni oltre alloggio. Scad. 3 aprile.

FIAMIGNANO (*Aquila*). — Prima condotta ; L. 3200 e 2 sessenni; obbl., cavalc. Scad. 31 marzo.

* FOLIGNO (*Perugia*). — Cinque condotte; per tre L. 4500, per una L. 4200, per una L. 3650. Domande separate. Età limite 40 anni. Chiedere l'annunzio. Scad. 10 aprile.

GIRGENTI. — *Laboratorio chimico consorziale di vigilanza igienica della provincia.* Assistente; vedi fasc. 10. Scad. ore 16 del 30 aprile.

GIUNGANO (*Salerno*). — Condotta per la generalità: lorde 2500, età non superiore agli anni 40; popolazione agglomerata 920 ab. Scad. 5 apr.

GREVE (*Firenze*). — Condotta pei poveri di Luccolena; L. 2300 e L. 400 per cavalc. Scad. 31 marzo.

*MASSA MARTANA (*Perugia*). — Due condotte; L. 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lire 700 per cav., lorde, in corso d'approv. Scadenza 26 marzo.

* MONTONE (*Perugia*). — Condotta; L. 4000 compresovi compenso uff. san.; 2 sessenni; non più di 40 anni. Scad. 30 aprile.

* NARNI (*Perugia*). — Due condotte; L. 2400 pei poveri, con 3 decimi, L. 800 per gli abbienti, L. 750 obbl. cav., L. 100 se arm. farm. Scadenza 5 aprile.

PATERNO DI ANCONA (*Ancona*). — Condotta, L. 3200 pei poveri, L. 300 per gli abbienti, L. 200 quale uff. san. e 3 sessenni su L. 3200, L. 700 per cavalc. obbl. Scad. 5 aprile.

PESSILENGO (*Novara*). — Condotta con Selve Mareme; L. 1750 (in corso d'approvazione) per 285 poveri incirca. Ab. 2365. Scad. 7 apr.

* POGGIO BUSTONE (*Perugia*). — Condotta; L. 2500 pei poveri, L. 1300 per la totalità, L. 100 come uff. san., L. 100 per l'arm. farm. Scad. 28 marzo.

ROMA *Ministero della Marina*. — 20 tenenti medici; età massima 30 anni. Scad. 20 aprile. Gli esami cominceranno il 5 maggio.

ROMA — *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma*. Concorso per 40 posti di assistente medico-chirurgo. Chiedere annunzio alla segreteria. Scadenza 25 aprile.

RONDISSONE (*Torino*). — Condotta piena; L. 3000 nette. Scad. 5 aprile.

SAN DANIELE DEL FRIULI (*Udine*). — Medico comunale del 1° reparto e Medico del Civico Ospedale e Manicomio succursale: L. 5400 e 3 sessenni. Se sarà nominato Direttore dell'Ospedale avrà diritto a speciale compenso, e L. 300 se sarà nominato uff. sanit. Scad. 31 marzo.

* SASSOCORVARO (*Pesaro Urbino*). — 2ª condotta piena; L. 4000 lorde ed un quinquennio del decimo oltre L. 35 per assicurazione, obbligo sostituzione con l'altro medico pel mese di congedo con metà dello stipendio a carico del Comune; obbl. cavalc., Scad. 10 aprile.

SENAGO (*Milano*). — Condotta piena; L. 3250 nette e 3 sessenni, L. 100 quale uff. san., L. 150 dall'O. P. Cremona per sussidio cura gratuita poveri. Esonero cavalcatura. Scad. 31 marzo.

STAITI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e L. 200 per supplenza mese congedo o rinunzia. Scad. 5 aprile.

VALLEROTONDA (*Caserta*). — Condotta per Cardito; L. 2000 e qualche vantaggio dalla locale Società Operaia di Mutuo Soccorso.

TORNACO (*Novara*). — Condotta piena; L. 4000 lorde ed alloggio, indenn. immigrati. Scad. 31 mar.

TORTONA — *Congregazione di Carità - Ospedale civile*. Concorso per titoli a medico-chirurgo assistente nell'ospedale civile. Lire 1098 lorde. Scad. 31 marzo.

TRAPANI. — *Ospizio marino ed ospedale dei bambini Riccardo Sieri-Pepoli*. Direttore sanitario Vedi fasc. 10. Scad. 31 marzo.

* TRESIVIO (*Sondrio*). — A tutto il venti aprile concorso alla condotta piena di Pendolasco. Stipendio L. 4.000 nette da R. M., compreso assegno di Ufficiale Sanitario, con tre sessenni.

TRIVIGNANO (*Udine*). — Condotta piena; lire 5200, in piano, vicinissima ad Udine (abitanti 2600). Scadenza fine marzo.

VENEZIA. *R. Scuola Ostetrica*. Assistente; L. 1500; 21-35 anni, laurea in medicina e 3 anni di pratica come assistente effettivo presso clinica ostetrico-ginecologica o in una scuola ostetrica pareggiata. Rivolgersi al Rettore della R. Università di Padova. Scad. 15 aprile.

** VIGNANELLO (*Roma*). — Condotta; L. 2250 pei poveri e L. 750 per la generalità. Età limite 40. Servizio ospedale con ambulatorio. Sostituzioni con l'altro sanitario nella licenza ordinaria (30 giorni) e piccola licenza (10 giorni) Scad. 31 marzo.

VILLAMAR (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 3256 lorde, abitanti 2258. Scad. 10 aprile.

VILLAMINOZZO (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 3000 lorde, L. 1000 per cavalc. e L. 100 per arm. farm.; non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 15 aprile.

VOLTIDO (*Cremona*). — Condotta; L. 3000 nette e 3 sessenni, L. 100 quale uff. san. Età massima 40 anni s. e. r. Scad. 10 aprile.

ZERBOLÒ (*Pavia*). — Condotta piena per abitanti 2200 circa; L. 3260 e due sessenni, L. 100 quale uff. sanit., L. 50 indennità residenza malarica e L. 400 per mezzi di trasporto. Scadenza 31 marzo.

ZUNGOLI (*Avellino*). — Condotta piena; L. 3200; abit. 2200. Scad. 31 marzo.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Monterchi e Castelfranco di Sopra (Arezzo), Fecara (Pesaro), Caino (Brescia), Nocilgia [per Sancasciano] (Lecce), Pietrafitta (Cosenza).

Ci si comunica:

« La prego di far pubblicare nel prossimo numero del Policlinico, la diffida fatta dalla Sezione di Frosinone Velletri ai concorsi dei seguenti Comuni: Piglio, Roccamassima e Sgurgola, perchè aperti a cura piena e con stipendio insufficiente.
G. ANGELINI ».

« Sono diffidati, oltre gli antecedenti, i concorsi dei Comuni di Foligno, Ficulle, Fossato di Vico, Costacciaro, Narni, Tarano, Cascia, Norcia.

« N. B. - Per semplificare: essendo stata ingaggiata, anche qui, la battaglia asprissima per la conquista della Condotta residenziale, questa Federazione prega il « Policlinico » a voler segnalare, con l'asterisco della diffida, *tutti i concorsi* che *da oggi in poi* si verrano ad aprire nella Provincia di Perugia; il Policlinico verrà senz'altro avvertito da noi di ogni eventuale eccezione.
« Con ringraziamenti e cordiali ossequi
D.r VINCENZO BLASI ».
(Federazione Sezioni Umbre A. N. M. C.)

Revoca di diffide: Serra S. Abbondio (Pesaro), Lamporo (Vercelli), Camagna (Alessandria), Paterno d'Ancona e Camerana (Ancona) Sedrina Clavesio (Bergamo), S. Daniele del Friuli e Trivignano Udinese (Udine), Ottone-Zerba (Pavia).

Nomine, promozioni e onorificenze.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Ufficiale: Giardina dottor Giuseppe, ispettore medico compartimentdle a Palermo.
Cavalieri: Caravaggi dott. Leonardo, medico provinciale a Forlì; Marchino dott. Costantino, id. a Cuneo; Fiore dott. Gaetano, id. a Messina; De Gaetano dott. Salvatore, id. a Cosenza.

LETTERE DA PARIGI

Un caso di eritremia con sintomi epatici.

Lezione clinica del prof. Chauffard.

Il prof. Chauffard, nella sua lezione clinica di sabato scorso, ha presentato un caso interessante da lui studiato insieme al suo assistente Troisier.

Si tratta di un malato che racconta di aver osservato i primi sintomi del suo male fin dall'infanzia. All'esame clinico si riscontra un' eritrosi caratteristica, milza un poco ingrandita ma non esageratamente, fegato enormemente ingrandito con ascite, rete venosa sottocutanea moltissimo sviluppata.

La faccia presenta un colorito rosso acceso, l'esame oftalmoscopico rivela una suffusione rosea di tutto il fondo dell'occhio con dilatazione dei vasi venosi retinici, senza varici.

Gli arti sono sede di smagliature rosee, presenza di edema scrotale.

L'esame del sangue di questo malato rivela una forte globulia (9 milioni di eritrociti per centimetro cubico), senza concentrazione sanguigna, accompagnata da leucocitosi e polinucleosi. Il sangue presenta un aumento di viscosità, aumento di sedimentazione e reazione mieloide con numerosi normoblasti.

Oscura è la patogenesi dei sintomi a carico del fegato. L'ammalato non è alcoolico, nè sifilitico, (Wassermann negativa), nè tubercoloso, poichè l'iniezione del liquido ascitico nelle cavie non produce alcuna lesione tubercolotica in tali animali. Il prof. Chauffard profitta di questa osservazione per mettere in rilievo il fatto, già notato da altri, della frequenza della tubercolosi nelle cirrosi dette alcooliche; presso quasi tutti gli individui infermi di tale affezione la reazione alla tubercolina e l'iniezione di liquido ascitico nella cavia rivelano la presenza del bacillo di Koch.

La prova della tubercolina presso il nostro malato ebbe un risultato completamente negativo.

Chauffard crede che la complicazione epatica sia dovuta ad una trombosi portale adesiva, resa probabile dalla presenza dei sintomi a carico del sangue. Il malato è affetto da ittero pleiocromico con colalemia, bilirubinemia e policolia.

Il malato è stato sottoposto alla cura del citrato di soda alla dose di 7 grammi al giorno, durante un mese. I sintomi eritremici migliorarono al punto da far cadere il numero delle emazie da 8,700,000 a 5,120,000. La poliglobulia si è immediatamente ripresentata appena cinque giorni dopo la cessazione dell'applicazione del rimedio, cosicchè tale applicazione è stata ripetuta e continua tuttora.

All'interessante lezione di Chauffard assistette, festeggiatissimo, il prof. Guido Baccelli, il quale da qualche mese a Parigi frequenta con un assiduità straordinaria, per un uomo della sua età, tutte le migliori cliniche di Parigi. Dopo la lezione il prof. Chauffard ha invitato il clinico illustre a firmare il libro d'oro della clinica, ciò che Baccelli fece di buon grado, aggiungendo sotto la sua firma la parola: « Ammirando ».

***

Argomento all'ordine del giorno all'Accademia medica è:

La vaccinazione antitifica in America.

Il professore Chantemesse, professore d'igiene alla facoltà di medicina, sale alla tribuna per esporre la questione della vaccinazione entro la febbre tifoide nell'esercito americano.

Nel 1909 gli ufficiali e i soldati delle truppe americane furono invitati a farsi vaccinare contro il tifo, senza per altro che ci fosse alcun obbligo da parte loro; nell'anno 1911 la vaccinazione fu resa obbligatoria per tutta una divisione e nel settembre 1911 tutto l'esercito federale fu obbligato a sottomettersi a questa pratica.

Nell'anno 1909 la morbidità fu in tutto l'esercito, di 173 casi di cui 16 mortali. L'anno dopo si verificarono 142 casi, di cui 10 mortali. Nel 1911 il numero dei casi fu di 44 con sei decessi. Nei primi 8 mesi del 1912 si osservarono soltanto nove casi di cui un solo mortale. È importante l'osservare che fra tutti i casi di tifo osservati, 18 soltanto si manifestarono tra i soldati vaccinati e in nessuno di questi 18 ebbe esito letale.

Tra i nove casi del 1912, sei si presentano tra quei pochissimi soldati sfuggiti alla vaccinazione e fra questi sei ci fu il decesso registrato sopra.

Quale è il vaccino che ha dato tali buoni risultati sorpassando ogni speranza? È semplicemente una cultura pura e monovalente di bacilli uccisi col calore, vaccinazione utilizzata negli eserciti inglese, tedesco, giapponese (1); il vaccino che — dice Chantemesse — fu proposto da lui venticinque anni fa e i cui benefici effetti si sono fatti sentire anche ultimamente tra gli equipaggi della flotta francese.

La comunicazione del prof. Chantemesse ha sollevato diverse proteste fra gli accademici.

(1) La vaccinazione antitifica è usata ora anche tra i nostri soldati in Libia, ma non sono stati ancora pubblicati dei risultati statistici. (*Nota del corrispondente*).

Netter contesta che Chantemesse sia l'inventore del metodo della vaccinazione con culture uccise dal calore. Certo le esperienze fatte da lui nel 1888 in collaborazione con Widal presentano un carattere scientifico importante, ma sono state fatte su animali d'esperienza i quali non prendono il tifo ma soltanto quello che i tedeschi chiamano *Iniections-krankheit* ben diversa dalla *Infections-krankheit* che attacca l'uomo. I veri inventori del metodo sarebbero, secondo Netter, Pfeiffer e Kolle in Germania, Wright e Leishmann in Inghilterra. Chantemesse scaldava il suo vaccino fino a 100°-120° ciò che toglie una gran parte dell'attività vaccinante.

Chantemesse risponde ai suoi contradittori osservando che il vaccino antitifico usato da tutti è una cultura sterilizzata col calore. « Chi ha provato per la prima volta che un tal vaccino è inoffensivo, incapace di moltiplicarsi nell'organismo umano e immunizzante ? Se mi si osserva che la sterilizzazione a 120 è troppo forte, io rispondo che in verità oggi io porto la coltura a un grado inferiore, ma questa non è che una modificazione della mia prima scoperta. Del resto il vaccino scaldato ad alta temperatura possiede ancora delle proprietà immunizzanti. E a mia volta domando al prof. Vincent: perchè il vaccino polivalente preconizzato in Germania da Wassermann non è utilizzato nè dai tedeschi, nè dagli inglesi, nè dagli americani, nè dai giapponesf, nè da nessuno, salvo che dal prof. Vincent ? Ciò dipende dal fatto che il vaccino polilivalente non vale quello monovalente riscaldato ».

Vincent (che è il propugnatore di un vaccino polivalente, che sembra dia buoni risultati e che è applicato da Vincent stesso, colonnello medico, nell'esercito francese) fa osservare a sua volta che nel dedurre la bontà di un vaccino dalle sue applicazioni, bisogna tener conto dell'indice epidemiologico di un paese, e che tale indice è piuttosto basso nell'America del nord.

(A noi sembra che questa discussione ne sia per lo meno oziosa e poco degna della serietà dell'Assemblea e dei dotti che ne fanno parte. Nessuno potrà contestare, ci sembra, che Chantemesse abbia avuto per primo l'idea della vaccinazione antitifica, anche se il vaccino era sottoposto a un'azione calorifica troppo forte. Nessuno d'altra parte può menomare il merito che hanno avuto Pfeiffer, Kolle, Wright e Leishman nell'applicazione pratica e perfezionata del metodo; come nessuno contesta a Behring di essere stato lo scopritore del siero antidifterico pur riconoscendo la grande importanza dei lavori di Roux nell'applicazione in grande di tale metodo all'uomo).

Parigi, 10 marzo 1913. dott. GOD.

ATTI PARLAMENTARI.

La sanità pubbliea in sede di bilancio.

In questi giorni è stato discusso alla Camera dei deputati il bilancio dell'interno.

Nella relazione della Giunta, scritta dall'onorevole Aprile, si rileva che « di poco, lire 400,000 soltanto, crescono le spese della sanità; e se si tien conto dello sviluppo enorme che le opere e i servizi d'igiene e di sanità vanno prendendo nelle società presenti, è prevedibile che in avvenire questa cifra sarà presto, e non di poco, superata.

Esse sono per altro spese di civiltà, spese che rappresentano la difesa della salute pubblica non solo, ma anche le esigenze del progresso che impone migliori condizioni di ambiente.

E, benedette dai sofferenti, e riproduttive di energie umane e civili, sono le spese di cui abbiamo a suo luogo parlato, destinate a pagare gl'interessi dei mutui per le condutture di acque potabili a favore di popolazioni che da secoli mancano del più prezioso ed elementare fattore del consorzio umano ».

Breve ma elevata fu la discussione.

L'on. Bianchi L. prende in esame i problemi che involgono la sorte delle generazioni avvenire ed i futuri destini della razza italiana; si ferma sul celticismo, specialmente diffuso nell'esercito e nella marina; sull'alcoolismo cronico, fonte di criminalità; sulla malaria, non ancora debellata; sull'aumento dei malati di mente, sproporzionato all'incremento della popolazione. Vorrebbe la cooperazione del Ministero dei lavori pubblici per l'attuazione di lavori d'importanza igienica, tra cui la sistemazione dei bacini montani. Osserva che fortunatamente la nostra razza non è in degenerazione, come quella inglese; ma vorrebbe un più diretto intervento dello Stato nel tutelare la sanità pubblica.

L'on. Canepa rileva poi la necessità di addivenire all'assicurazione contro le malattie e raccomanda l'azione di nuovi mezzi di lotta contro la tubercolosi, come l'isolamento tutte le volte ch'è attuabile, l'erezione di sanatori per le organizzazioni statali quali l'esercito, la marina e le ferrovie, il coordinamento ed il sussidio delle iniziative private e dei comuni.

L'on. Celli lamenta la diminuzione del consumo del chinino di Stato e l'aumento correlativo della mortalità per malaria. Propone che la distribuzione del chinino venga affidata alle provincie, come già si pratica a Mantova. Richiama l'attenzione del Governo sulla gravità dell'anchilostomiasi, contro cui si posseggono rimedi efficaci nel timolo e nel sale. Insiste sulla necessità di provvedere meglio alla lotta contro altre malattie. Ritiene che i fondi considerevoli consumati per combattere l'epidemia colerica si sarebbero risparmiati qualora si fosse fatta in tempo opera efficace di profilassi contro le malattie epidemiche in genere. Insiste sul monopolio statale dell'alcool. Sollecita il Governo a fabbricare e vendere i medicinali più utili e vorrebbe che venisse infrenata la speculazione sulle specialità. Accenna alle difficoltà che incontra la sostituzione della condotta residenziale alla condotta piena in molti comuni. Rileva la necessità di diffondere l'educazione igienica. Elogia l'opera umanitaria dei medici. Invoca la riforma del Codice sanitario.

L'on. Cavagnari raccomanda che i fondi destinati alla lotta contro le malattie infettive siano utilmente erogati ed osserva che nessuna spesa sarà più utile di quella che lo Stato consacrerà agli ospedali. Raccomanda la diffusione della educazione igienica della nostra gioventù.

L'on. Fumarola tratta della beneficenza pubblica. Vorrebbe la trasformazione delle opere pie che non rispondono più alle esigenze della civiltà. Lamenta che le Commissioni provinciali ed il Consiglio superiore non compiano il loro dovere di tutela e di controllo sulle opere pie. Elogia vivamente un disegno di legge sull'infanzia abbandonata, proposto dal presidente del Consiglio e ne sollecita la discussione e l'approvazione.

Nel suo discorso il presidente del Consiglio, onorevole Giolitti, ricorda quanto si fece e si fa per combattere con successo la malaria e le malattie celtiche; che un progetto di legge contro l'alcoolismo è stato approvato dal Senato e attende l'approvazione della Camera. Per combattere la tubercolosi il Governo, fra l'altro, sussidia gli ospizi marini e le colonie alpine. Accenna di fuga all'anchilostomiasi ed al tracoma. Ricorda che abbiamo avuto una piccola recrudescenza malarica, ma probabilmente perchè nell'anno stesso la difesa sanitaria di Stato fu distratta dalla più urgente lotta, vittoriosa per fortuna, contro l'invasione colerica. Rileva che la spesa di 13 milioni sostenuta contro il colera fu in gran parte destinata a provvedimenti igienici che rivestono carattere permanente. Non ritiene attuabile il monopolio di Stato degli alcools, nè quello dei rimedi più in uso; ma promette che lo Stato provvederà in seguito a fabbricare i sieri e i vaccini più utili, a cominciare da quello contro il vaiuolo. Sulla vendita del timolo per conto dello Stato è innanzi alla Camera un progetto di legge dell'on. Pieraccini. L'assicurazione obbligatoria contro le malattie è un ideale magnifico: ma richiederebbe una spesa enorme! Si dichiara contrario alle condotte mediche piene, perchè non è giusto andare incontro a più gravi oneri, per assicurare l'assistenza medica ai cittadini agiati.

Segnala poi l'incremento continuo nelle risorse della pubblica beneficenza e dichiara che la trasformazione delle opere pie procede, ma non bisogna disgiungerla da quelle cautele che non la allontanino troppo dalla volontà dei testatori. Si augura che, se non questa, la prossima legislatura affronterà risolutamente il problema degli esposti e dell'infanzia abbandonata e saprà degnamente risolverlo.

Nell'esame dei capitoli l'on. Pietravalle chiede che sia sollecitata l'approvazione della legge sulla assistenza ospitaliera e sulle spese di spedalità, facendo voti che possa essere discussa e approvata prima della fine della presente legislatura.

Chiede poi che l'amministrazione degli spedali riuniti di Roma sia ricostituita sulle sue basi naturali, riconoscendo l'opera finanziariamente provvida del regio commissario, ma dichiarandosi recisamente contrario alla statizzazione degli ospedali.

Il presidente del Consiglio, on. Giolitti, risponde che gli ospedali di Roma si trovano in una condizione anormalissima a causa dell'enorme debito che grava su quella amministrazione.

D'altra parte le leggi speciali sul comune di Roma pongono a carico dello Stato le relative spese di spedalità, cosicchè per quel che riguarda Roma, il servizio degli spedali è un servizio di Stato. Il commissario regio attende alacremente al riordinamento di questa amministrazione. Dopo di che dovrà la questione essere definitivamente regolata per legge.

I debiti di spedalità.

In sede d'interrogazione l'on. Pietravalle sollevò la questione: « se il tesoro dello Stato abbia diritto di rimborsarsi le anticipazioni ai comuni per le spese da questi non pagate all'amministrazione ospitaliera di Roma ».

Il sottosegretario di Stato, on. Pavia, rispose in senso affermativo, confortando la sua tesi con la parola e lo spirito della legge nonchè con il parere dell'avvocatura erariale.

Ma l'on. Pietravalle non si dichiara soddisfatto e converte l'interrogazione in interpellanza.

Timolo di Stato.

L'on. Pieraccini ha svolto alla Camera una sua proposta di legge per la vendita del timolo per conto dello Stato.

Il sottosegretario on. Cimati, in nome del Governo, ha consentito che la proposta sia presa in considerazione. La Camera ha approvato.

Il timolo costituisce certamente il rimedio più efficace contro l'anchilostomiasi, malattia pur troppo diffusissima in Italia.

L'applicazione del timolo alla cura dell'anchilostomiasi si deve, come è noto, al sen. Bozzolo.

NOTIZIE DIVERSE

IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali).

L'organizzazione del IV Congresso per le malattie del lavoro, che avrà luogo in Roma dall'8 all'11 giugno prossimo, benchè incominciata da pochi mesi, si può dire ormai completa, grazie all'assidua attività del Comitato esecutivo, di cui è presidente il prof. A. Tamburini, vice-presidente il prof. E. Rossoni, segretario generale il prof. T. Rossi-Doria, segretario il dott. A. Ranelletti.

Il lavoro di preparazione del Comitato esecutivo ha avuto l'efficace coperazione dei 9 Comitati regionali già costituitisi nelle principali regioni d'Italia.

Le più spiccate personalità della scienza, della politica, dell'industria e del lavoro, fanno parte del Comitato esecutivo e dei Comitati regionali. Molte le adesioni già pervenute alla Segreteria del Congresso da parte di scienziati, Comuni, Associazioni, ecc.

Vasto sarà il programma da svolgersi dal Congresso, come si rileva dai temi generali che qui riportiamo:

I. « Anchilostomiasi ». Relatori: Proff. G. Bozzolo e A. Trambusti.

III. « Malattie del sangue di origine professionale ». Relatori: Proff. Biondi e L. Ferrannini.

III. « Mortalità infantile in rapporto ai mestieri e alle condizioni sociali dei genitori ». Relatori: Proff. L. Carozzi e G. Finizio.

IV. « Dermatiti di origine professionale ». Relatore, Prof. V. Montesano.

V. « Patologia professionale dei ferrovieri ». Relatori: Dottori G. Fabbri e A. Tognetti.

Oltre i temi generali, vi sarà una conferenza del Dott. A. Peri (Sestri Ponente) sulla « Patologia professionale degli artisti drammatici ».
Sono poi pervenute finora alla Segreteria del Congresso numerose comunicazioni, di cui riporteremo i titoli nei prossimi numeri.
Si ricorda agli aderenti al Congresso di sollecitare l'invio della loro adesione alla Segreteria del Congresso, Lungotevere Mellini, 17, Roma, insieme coi titoli delle loro eventuali comunicazioni, perchè possano essere pubblicati nel programma definitivo. La quota di iscrizione (da inviarsi al cassiere prof. Vasco Forlì, via dei Serpenti, 64, Roma) è di lire 10 pei congressisti e di lire 5 per ogni membro di famiglia del congressista.

Per l'igiene scolastica.

Il prof. Achille Sclavo, direttore dell'Istituto d'igiene dell'università di Siena, è stato chiamato presso il Ministero della P. I. onde organizzare un ufficio centrale per l'incremento dell'igiene scolastica.

Un corso bimestrale d'igiene pratica.

si terrà a Pisa a partire dal 15 maggio, sotto la direzione del prof. Di Vestea. L'iscrizione resta aperta fino al 12 maggio. Gl'iscritti non possono superare il numero di 30.

Consiglio Provinciale Sanitario di Roma.

Sotto la presidenza del Prefetto di Roma, senatore Annarratone, il Consiglio Provinciale Sanitario si è riunito il 10 corrente, svolgendo un importante ordine del giorno.
Il medico provinciale prof. Giuseppe Badaloni ha riferito, con accuratezza di dati e con citazioni di fatti, in quali condizioni si trovi il servizio ostetrico nei comuni della provincia di Roma, rivelandone la deficienza e le cause, prima fra le quali il pessimo trattamento fatto alle levatrici condotte dalle Amministrazioni di molti comuni.
Ed il Consiglio provinciale di Sanità, accogliendo la sua proposta, decide doversi esigere dai comuni piccoli che lo stipendio annuo della levatrice non debba essere inferiore a L. 600, pur riconoscendo che sarebbe ottimo provvedimento, per richiedere un buon servizio, che tale stipendio salisse a lire 1000 o lire 1200.
L'ufficio medico provinciale in tal modo è stato incaricato di regolare per l'avvenire gli stipendi e di proporre alla G. P. A. con questi anche l'aumento — dove occorra — del numero delle condotte ostetriche.
Per l'esercizio della odontoiatria il Consiglio ha esaminato la istanza e i documenti prodotti da coloro cho legalmente aspirano ad ottenere l'autorizzazione di esercitare tale professione, ed ha dato parere favorevole su varie domande presentate.
Ha quindi approvato le modifiche a molti capitolati; ha espresso parere contrario all'applicazione di altri; ha deliberato sugli aumenti di stipendio a molti medici condotti.

Viaggio di studi medici.

Il viaggio di studi medici della 10ª sessione dell'« Associazione internazionale di perfezionamento scientifico e medico » (A. P. M.), patrocinato dal Governo francese, avrà luogo dal 1° al 24 aprile 1913 nella Spagna, nel Portogallo e nel Marocco. Il luogo di convegno è fissato a Perpignano. Le iscrizioni si ricevono sino al 22 marzo. Il programma dettagliato e le condizioni sono inseriti nel numero di gennaio della rivista « Scientifica », inviata franco contro invio di fcs. 0.60 in francobolli francesi o di tre tagliandi-risposte internazionali. Sede all'A. P. M.: Paris XVI; 12, rue François Millet.

Sul ricovero dei mentecatti.

Una circolare del Ministero dell'Interno contiene istruzioni ai Prefetti sul ricovero dei mentecatti germanici negli stabilimenti d'Italia e dei mentecatti italiani nei frenocomi tedeschi.

Alcoolismo e pazzia.

Il prof. Antonini, direttore del Manicomio provinciale di Milano (a Mombello), ha tenuto su questo tema una conferenza, dimostrando come l'alcoolismo sia uno dei fattori etiologici precipui della pazzia.

La Croce Malva.

Si è costituita nel Belgio una Lega nazionale contro il cancro, col nome di « Croce Malva ».
Questa lega si propone di creare un istituto del cancro, con laboratorio e annessi; di sussidiare le quattro università belghe per crearvi dei centri di studio del cancro; di mettere a disposizione dei medici i mezzi terapeutici di cui sarà riconosciuta l'efficacia. Il Comitato centrale siederà a Bruxelles; verranno costituiti dei comitati provinciali. Anima della lega è l'eminente ginecologo prof. Jacobs, già noto per altre iniziative filantropiche, tra cui quella a favore dogli orfani di sanitari del terremoto calabro-siculo.

Per lo studio dei bacilli tubercolari.

Il dottor Jaime Ferran offre a tutti i batteriologi che ne ne faranno richiesta le sue colture di germi saprofitici non acido-resistenti atte a trasformarsi in bacilli tubercolari tipici se convenientemente inoculate agli animali, nonchè le agglutinine specifiche per l'accertamento e tutta la letteratura relativa.
Rivolgersi all'« Instituto Ferran », Apartado 250, Barcelona (Spagna).

Guerra di medici.

Leggiamo in una corrispondenza da Sassari alla « Tribuna »:
Una vera guerra è scoppiata fra i medici per l'elezione del Consiglio dell'Ordine.
I liberi esercenti divulgarono una circolare con la quale propongono che nel Consiglio entrino un professore universitario un aiuto, uno specialista, medici liberi e condotti, e ciò allo scopo di dare un'equa rappresentanza a tutti i gruppi.
I medici condotti, con altra circolare, dopo avere dichiarato che avevano deciso di ritirarsi, dopo la sfida lanciata intendono affrontare il fuoco delle urne.
Un vecchio medico disse con un fine sorriso e cercando di calmare gli animi: ecco la guerra che può assicurare la pace, almeno per un giorno, agli ammalati!

Rassegna della stampa medica.

Rev. de Méd., 10 genn. JOB. « Le infezioni da paratifo B: studio nosologico ed epidemiologico ». — GELMA. « Epilessia tiroidea ». — ROGER e BAUMEL. « Cefalea nelle malattie infettive acute, trattata e guarita con la puntura lombare ».

Rev. de Chir., 10 genn. GROSS e BARTHÉLEMY. « La sterilizzazione con vapori di formolo nella pratica chirurgica ». — DUVEVERGEY. « La flebite nell'evoluzione dei fibromi dell'utero ». — TADDEI. « Sulla cura dell'estrofia vescicale ».

La Rif. Med., 11 genn. SCALIA. « L'albuminuria provocata nell'accertamento delle latenze nefritiche ».

Paris Méd., 11 genn. RATHERY. « Semeiologia del liquido cefalo-rachideo ». — KLIPPEL e CHABROL. « Le crisi parotidee dei saturnini ». — BICKEL. « Sulla terapia con emanazioni di radium ». — CHIRAY e MICHELOWSKY. « L'idartrosi intermittente periodica ».

La Presse Méd., 11 genn. RECLUS. « La stenosi congenita del retto ».

Journ. d. Prat., 11 genn. SABOURIN. « L'appendicismo, malattia tubercolare ».

Le Progrès Méd., 11 genn. BRAULT. « Le pseudomicosi ». — GARIN. « Ricerche sul compito patogeno degli ossiuridi ».

Brit. Med. Journ., 11 genn. KEITH. « L'esame post-mortem di Napoleone ».

Pensiero Med., 12 genn. RONCHETTI. « Il benzolo nella leucemia ». — CASSANELLO. « La derivazione temporanea dell'urina colla cistotomia soprapubica nelle cure delle rotture dell'uretra ».

Gazz. d. Osp., 12 genn. GHEDINI. « Nuovo procedimento per la diagnostica funzionale del fegato ».

Mediz. Klinik, 12 genn. SCHLOFFER. « Sulle ernie ». — CAESAR. « L'accesso d'emicrania ». — RHEINDORF. « L'appendicite da ossiuridi ». — JACOBSOHN. « La nuova psicologia animale ».

Jahreskurse f. arz. Fortb. genn. Numero consacrato alla biologia ed alla patologia generale.

Bedrock, genn. METSCHNIKOFF. « La lotta contro la tubercolosi ». — FRITCHARD. « Il problema del latte ».

La Sem. Méd., 8 genn. MARIE e FOIX. « Emisindrome cerebellale d'origine sifilitica ».

Annals of Surgery, genn. ROVSING. « Gastrocoloptosi ». — COTTON e BOOTHBY. L'anestesia per insufflazione intratracheale ». — NOLAND e WATSON. « Rottura spontanea di milza malarica ».

L'Encéphale, 10 genn. MAIRET e MARGAROT. « Degenerazione mentale e isteria ». — LAIGNEL-LAVASTINE e JONNESCO. « Ricerche istologiche sull'ipofisi dei psicopatici ».

Journ. d'Urol., genn. LEGUEU. « Il flemmone diffuso peri-vescicale d'origine prostatica ». — MOSNY, JAVAL e DUMONT. « Idronefrosi di 30 litri ».

Arch. di Ortop., genn. SCARLINI. « Terapia meccanica della scoliosi ». — LAVERMICOCCA. « Malacia poroso-ipoplastica infantile ».

Berl. Klin. Woch., 13 genn. NEISSER. « I principî della moderna terapia della sifilide. » — VON NOORDEN. « Sulle intossicazioni enterogene, in specie sulla polineurite enterotossica ». — SCHLESINGER. « Sulla cura chirurgica del morbo di Basedow.

Münch. Med. Woch., 14 genn. BRUCK e GLÜCK. « L'uso per via endovenosa del cianato auropotassico nella tubercolosi e nella lue esterna » — KLAUSNER. « Il mercurio molecolare nella lue ». — KINBÖCK. « Sigma elongatum mobile ». — GROSSER e SCHAUB. « Sulla patologia del morbus Banti ».

Le Bull. Méd., 15 genn. LEGUEU. « La cistite tubercolare ».

Wien. Med. Woch., 16 genn. KÜRT. « Sull'ascoltazione dorsale del cuore e dei vasi ». — FERNAU, SCHRAMEK e ZARZYCKI. « Sull'azione della radioattività indotta ».

Riv. Osped., 15 genn. LUZZATTI. « Tentativi di reazione di fissazione del complemento nell'iperplasia del timo (asma timico) e nello stato timico-linfatico ».

Gazz. d. Osp., 16 genn. CAJOZZO. « Ossido di carbonio e malaria.

Zbl. f. inn Med., 18 genn. Rivista generale di batteriologia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di C. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 30 marzo 1913* Fasc. 13

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. G. BACCELLI.

Influenza del radium sulla formula ematologica e sulla pressione sanguigna (1).

Studio clinico e sperimentale

per il dott. GIOVANNI GIACCHI.

Dal dicembre 1911 all'aprile 1912 ho fatto 147 esperienze sopra 17 infermi ricoverati al Policlinico Umberto I. Di queste, 119 si riferiscono all'esame del sangue e della pressione sanguigna praticato prima, durante e dopo le prime sedute di radio-emanazione in tutti i casi, e 28 riguardano quello fatto prima, durante e dopo un lungo trattamento in 7 infermi soltanto.

Ogni seduta di radio ha avuto la durata di due ore e ciascun paziente è stato esaminato durante la somministrazione radiogena dopo un'ora di permanenza nell'emanatorium, annesso alla Clinica medica di Roma, mentre prima, subito dopo e dopo un giorno dal trattamento è stato studiato fuori dell'emanatorium, nel laboratorio della stessa Clinica, in genere prima dei pasti, alla medesima ora del giorno.

Lo scopo delle mie ricerche è stato quello di vedere l'influenza che l'emanazione di radio esercita sulla formula ematologica e sulla pressione sanguigna.

Sebbene il rapido diffondersi degli studi sull'azione del radium abbia dato importanti sco-

(1) Sunto del lavoro presentato come tesi di laurea nel luglio 1912.

perte circa gli effetti fisici e fisiologici di esso sull'organismo, tuttavia possiamo dire di essere ben lontani dalla conoscenza completa della sua azione sui vari apparati e sistemi organici.

I preparati di radio sono stati introdotti nella terapia da Kraus e von Neusser. M.lle Laska e Fleischmann studiarono insieme l'assorbimento e l'eliminazione del radio nell'organismo e dimostrarono ch'esso viene assorbito dal sangue come un gas indifferente, confermando con ciò l'opinione di Loewenthal, secondo il quale l'emanazione assorbita dal corpo coll'apparato respiratorio o digerente viene presto eliminata coll'espirazione, mentre una piccolissima parte viene espulsa dai reni. Il sangue trasporta l'emanazione assorbita fino alle cellule dell'organismo, dove può esercitare la sua azione biologica.

TECNICA SEGUITA.

In ogni esperienza ho fatto attentamente l'esame del sangue ed ho misurata la pressione sanguigna valendomi dei metodi e degli apparecchi più comunemente usati. Così per la numerazione delle emazie e dei leucociti ho fatto uso dell'apparecchio o contaglobuli Thoma-Zeiss, servendomi d'un ingrandimento di 200 diametri, per la determinazione del tasso emoglobinico dell'emometro di Fleischl-Miescher e per la valutazione della pressione sanguigna dello sfigmomanometro del Riva-Rocci.

Ho colorati i vetrini coll'Universal o liquido di Jenner, dopo averli disseccati all'aria per un certo tempo, ed ho fatto la percentuale di ciascuna varietà di leucociti ad ogni esperienza.

EMANATORIUM.

L'emanatorium, annesso all'Istituto di clinica medica di Roma, consta di una piccola stanza, completamente separata dall'aria esterna, munita di doppia porta allo scopo di permettere l'entrata e l'uscita delle persone anche durante il funzionamento senza apportare grandi perdite d'emanazione di radio.

In questa stanzetta trovansi 14 emanatori numerati pieni d'una soluzione radiogena e disposti circolarmente sopra un disco metallico, i quali mediante un tubo di gomma, possono mettersi in comunicazione con una bomba di ossigeno, sorretta da uno stativo. Il passaggio dell'ossigeno negli emanatori e quindi nell'ambiente è permesso però quando ciascuno di essi si trova nella stessa direzione d'una leva, applicata sotto il disco metallico, mentre l'apparecchio sta in riposo quando detta leva è posta tra due emanatori. L'ossigeno esce dalla bomba per mezzo d'un rubinetto e dopo d'aver attraversato l'emanatorio perviene nell'ambiente carico di radioemanazione.

Sotto gli emanatori trovansi una torre purificatrice dell'aria, che racchiude sei crivelli di fili di ferro sovrapposti ed un motore, il quale viene messo in funzione durante le sedute allo scopo di purificare l'aria viziata

Fa parte dello strumentario anche un refrigeratore, il quale, messo in comunicazione con una conduttura d'acqua, serve a mantenere costante la temperatura dell'ambiente. Dentro l'emanatorium è pure una vaschetta contenente acqua potabile, e così la somministrazione del radio viene fatta oltre che per inalazione anche per bibita.

Sopra gli emanatori trovasi inoltre un contatore automatico, il quale serve a registrare l'utilizzazione di ciascuno di essi.

Il movimento degli emanatori avviene da sinistra verso destra e quindi per ogni seduta è utilizzata soltanto la radioemanazione dell'emanatorio che si trova in corrispondenza della leva.

1° G... S..., da Viareggio, anni 57, campagnuolo, affetto da diabete mellito.

2° I... F..., d'Ancona, anni 63, vetturino, affetto da gotta, arteriosclerosi ed insufficienza mitralica.

3° G... P..., da Borbona (Aquila), anni 20, bracciante, affetto da nevrosi isterica.

4° L... C..., da Siena, anni 42, caffettiere, affetto da siringomielia.

5° T... D... S..., da Trevi, anni 51, contadino, affetto da ischialgia.

6° T... F..., da Roma, anni 21, falegname, affetto da appendicite.

7° L... U..., da Roma, anni 60, donna di casa, affetta da artrite cronica.

8° G... R..., da Faenza, anni 51, meccanico, affetto da cancro dello stomaco.

9° L... P..., da Roma, anni 48, cameriere, con achilia e catarro gastrico.

10° A... P..., da Popoli (Aquila), anni 45, donna di casa, affetta da obesità.

11° S... V..., da Canale Monterano, anni 25, contadino, con ulcera gastrica.

12° L... S..., da Spello, anni 28, cameriere, affetto da appendicite.

13° C... B..., da Genzano, anni 60, facocchio, con linfoma cervicale.

14° C... M... da Pescara (Chieti), anni 58, contadino affetto da leucemia mielogena.

15° L... P..., da Pescina (Abruzzi), anni 12, con polisierosite tubercolare.

16° M... R..., da Marino, anni 40, contadina, con anemia perniciosa.

17° S... P..., da Scandigli (Perugia), anni 21, calzolaio, affetto da emofilia.

CONCLUSIONI.

Per meglio riferire le conclusioni che ho potuto rilevare dal confronto delle varie esperienze e dai risultati ottenuti, stimo opportuno un breve riepilogo dei fatti più importanti.

L'emanazione di radio determina durante le prime sedute una diminuzione dell'emoglobina. Tale diminuzione è più accentuata nella 1ª seduta (in 13 su 17 casi con oscillazione da 1 a 8 %) e meno nelle successive (in 9 casi colla medesima oscillazione); man mano poi, durante un lungo periodo d'emanazione, si va notando aumento nella maggior parte dei casi con oscillazioni da 2 a 5 %, mentre in 2 soltanto continua la diminuzione (di 3 % in uno e di 10 % nell'altro).

Sui globuli rossi l'influenza è press'a poco la medesima. Di fatti essi, mentre nella 1ª seduta sono diminuiti in 13 casi con oscillazione variabile fra 25 mila e 500 mila e nella 2ª in 9 con oscillazione da 100 mila a 625 mila, durante un lungo trattamento sono invece aumentati nella maggior parte dei casi con oscillazioni variabili da 200 mila a 875 mila, continuando a diminuire di 150 mila in uno e di 825 mila per mmc. in un altro.

Cessata l'azione diretta del radio tanto l'emoglobina quanto i globuli rossi manifestano per lo più un aumento; v'è da notare soltanto che l'emoglobina dopo un giorno da un lungo trattamento diminuisce.

I leucociti hanno subìto in tutti i casi, durante la 1ª seduta, un aumento variabile da 2500 a 17,000 e che in una donna affetta da anemia perniciosa da 2800 è salito a 14,000. Notevole poi è il caso del leucemico, in cui i globuli bianchi sono saliti da 95 mila a 153 mila. Nella 2ª seduta l'aumento è stato meno accentuato in 14 casi, mentre negli altri 3 si verificò una diminuzione variabile fra 500 e 1000. Nelle ultime radioemanazioni l'aumento si ridusse solo a 3 casi con oscillazione tra 500 e 1500, mentre nella maggior parte dei casi si notò invece una diminuzione che non oltrepassava i limiti di 1000 e 2400.

Dopo un lungo trattamento i globuli bianchi in generale sono diminuiti; subito dopo però si ha avuto un aumento in 2 casi e dopo un giorno equivalenza in altrettanti.

Il valore globulare in genere restò invariato durante e dopo le prime sedute, e andò man mano lievemente aumentando dopo qualche giorno da un lungo periodo di emanazione.

I polinucleati neutrofili subirono durante la permanenza nell'emanatorium un aumento a volte leggiero a volte accentuato (fino a 15, 16 e 17 %) nella 1ª e nella 2ª seduta; durante e subito dopo un lungo trattamento si ebbe invece una diminuzione oscillante tra 1 e 15 %. D'altra parte subito dopo e dopo 24 ore dalle prime sedute continuò il primitivo aumento, sebbene in un numero minore di casi, il quale si verificò pure dopo 1 giorno da un lungo trattamento. Nel leucemico, mentre durante la 1ª seduta i polinucleari neutrofili sono aumentati da 16 e 18 %, nella 2ª invece sono saliti da 10 a 32.18 %.

Gli eosinofili presentarono un aumento generale durante la 1ª seduta e nella maggior parte dei casi anche durante e subito dopo le altre, diminuendo invece dopo un giorno da un lungo trattamento di radio.

In quanto al leucemico gli eosinofili da 2.5 % sono saliti nella 1ª radio-emanazione a 8.5 %, rimanendo invariati nella 2ª.

I basofili in genere hanno continuato a mancare, restando invariati in pochi casi, aumentando lievemente in qualcuno e comparendo in qualche altro, in cui prima delle sedute mancavano.

I mononucleati grandi hanno subìto in quasi tutti gl'infermi ad ogni seduta un aumento, il quale ha persistito in modo molto accentuato anche durante un lungo periodo d'emanazione. Dopo le sedute però tale aumento è stato meno notevole.

I linfociti in genere sono diminuiti durante le sedute, aumentando in maniera più o meno rilevante dopo di esse. A carico del leucemico invece si notò sempre aumento, il quale fu più accentuato subito dopo la 1ª emanazione di radio che nelle altre.

Riguardo poi alle forme di passaggio ho potuto genericamente affermare che esse variano irregolarmente, poichè in ogni esperienza in alcuni casi aumentano, in altri diminuiscono; ovvero in taluni scompaiono e in tal'altri compaiono per la prima volta.

La pressione sanguigna poi è diminuta durante le sedute. Tale diminuzione s'è mantenuta in 10 casi subito dopo la 1ª seduta, avendosi in 4 aumento e in 3 invariazione; subito dopo la 2ª la diminuzione ha continuato a persistere in soli 6 casi, mentre c'è stato aumento in 6 e invariazione negli altri 5; subito dopo un lungo trattamento di 7 casi, 6 hanno presentato diminuzione ed uno invariazione. Dopo un giorno dalle sedute, infine, riguardo alla medesima pressione s'è notato un ritorno allo stato antecedente all'emanazione in alcuni casi, mentre in altri si ebbe aumento.

Tenendo ora presente questi dati principali rilevati nel corso delle mie esperienze possiamo concludere che l'emanazione di radio esercita una influenza certa sull'organismo umano. Volendo poi specificare più dettagliatamente tale influenza sulla formula ematologica e sulla pressione sanguigna, possiamo fornire i seguenti risultati definitivi:

1° Tanto l'emoglobina quanto i globuli rossi sotto l'azione diretta del radio subiscono diminuzione. Tale diminuzione si spiega probabilmente con l'ipotonia vasale, che si nota in rapporto alla diminuzione della pressione sanguigna.

2° I globuli bianchi aumentano nelle prime sedute, diminuiscono nelle ultime.

L'iperleucocitosi osservata probabilmente sta in rapporto colla neoformazione globale che l'azione stimolante del radio esercita sugli organi emopoietici, mentre l'ipoleucocitosi, che si ha nel decorso d'un lungo trattamento, si spiega col prevalere dell'azione distruttiva del radio sui leucociti sia in circolo sia negli stessi organi emopoietici.

3° Il valore globulare in genere resta invariato durante e dopo le prime sedute, aumentando lievemente dopo qualche giorno da un lungo trattamento.

4° In quanto alla formula leucocitaria i polinucleati neutrofili in generale subiscono aumento, diminuendo solo durante un lungo periodo d'emanazione; gli eosinofili aumentano; i basofili aumentano pure o compariscono, mentre prima mancavano; i mononucleati grandi aumentano sempre, i medi quasi sempre, mentre i linfociti diminuiscono, ad eccezione di pochi casi in cui aumentano.

5° La pressione sanguigna sotto l'azione diretta del radio in genere diminuisce.

Assodata l'azione certa sull'organismo umano non possiamo però determinare con certezza in quale modo essa si eserciti e come modifichi le condizioni d'equilibrio organico, poichè le ricerche fatte dai diversi sperimentatori sono ancora relativamente insufficienti.

Le mie ricerche però in tutto coincidenti con quelle di Noorden-Falta, sebbene in condizioni d'esperimento diverse, più quelle fatte sui fermenti da alcuni e sul ricambio materiale da altri dimostrano chiaramente l'importanza che l'emanazione di radio deve assumere nella terapeutica.

L'avvenire ci dirà se le speranze finora concepite siano veramente fondate.

Nel por fine alle presenti ricerche ringrazio sentitamente i professori P. Gallenga e P. Ciuffini che mi sono stati larghi dei loro sapienti consigli e del loro aiuto.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

La mediastinite cronica considerata nei suoi rapporti con la tubercolosi.

(SERGENT. *La Presse Médicale*, n. 63, 1912).

La mediastinite cronica, astrazione fatta dai casi nei quali essa è provocata dalla presenza di un tumore qualunque del mediastino, è così frequentemente di origine sifilitica che, ogni volta in cui se ne constata la esistenza, bisogna pensare alla possibilità della sifilide. Non bisogna tuttavia credere che essa riconosca sempre questa origine, giacchè può essere spesso legata alla tubercolosi. Non già che la mediastinite cronica dei tubercolosi sia fatalmente di natura tubercolare: ci si può trovare in presenza di casi dubbi, in pazienti affetti da sifilide e da tubercolosi.

Si osserva nei tubercolosi la mediastinite cronica sotto tre tipi clinici principali: la *mediastinite tubercolare propriamente detta*, che accompagni o no l'adenopatia tracheobronchiale; la *mediastinite dei soggetti sifilitici e tubercolosi*; infine una forma particolare, la *mediastinopericardite callosa*, con *asistolia epatica*, che si osserva specialmente nei fanciulli, ma che si riscontra pure qualche volta nell'adulto.

1° *Mediastinite tubercolare propriamente detta.* — Di questa forma l'autore riassume un caso clinico da lui già pubblicato.

Trattavasi di un uomo di 50 anni, con una sindrome di obliterazione della vena cava superiore, accompagnata soltanto da oppressione lieve e senza alcun altro sintomo apparente di compressione. L'obliterazione venosa era tale, che la circolazione collaterale era sviluppata ad un punto estremo. Quest'uomo, che non aveva mai avuto la sifilide, che non presentava alcuna stimmata, tossiva da qualche anno ed emetteva in abbondanza escreati con bacilli di Koch. L'esame del torace permetteva di constatare la presenza di una vasta escavazione nella parte media del polmone destro. Questa, che era una localizzazione estremamente rara della tubercolosi, è al contrario la sede abituale delle lesioni polmonari della sifilide. Si poteva domandare se quest'uomo era un sifilitico senza saperlo, se non era stato affetto da una pneumopatia sifilitica antica, nella quale si fosse poi impiantata la tubercolosi, e se la compressione della vena cava superiore non dipendeva da una mediastinite sifilitica. L'autopsia permise di constatare la esistenza di una compressione della vena cava superiore tale, che era assolutamente impossibile di isolare il tronco venoso. Il mediastino anteriore era riempito da una massa fibrosa enorme, dura, nella quale esistevano nodi calcarei e conglomerati caseosi: si trattava insomma di una tubercolosi ganglionare del mediastino, intorno alla quale si era a poco a poco sviluppata una reazione infiammatoria del tessuto cellulare. La natura tubercolare di questa mediastinite fu provata colle constatazioni cliniche, coi risultati della autopsia, e colle indagini di laboratorio: i bacilli di Koch furono trovati nel polmone e nei gangli.

2° *Mediastinite nei soggetti sifilitici e tubercolosi.* — La mediastinite tubercolare e la mediastinite sifilitica, si confondono, tanto più facilmente perche la sifilide e la tubercolosi possono trovarsi riunite nello stesso soggetto, sia che si tratti di lesioni locali ibride, sia che si tratti semplicemente di soggetti sifilitici e tubercolosi insieme, nei quali la lesione locale è sotto la dipendenza di una delle due affezioni. Anche di questa forma l'autore espone un caso clinico. Si tratta di una donna di 57 anni, che non fu mai gravida: ebbe nel 1892 una pleurite sinistra e nel 1906 una eruzione generalizzata a tutto il corpo, accompagnata a caduta dei capelli. Nel 1911 contrasse una bronchite, a cui seguì senso di oppressione, dispnea, che aumentava se la malata si coricava sul lato sinistro. Nello stesso tempo presentò una espettorazione mucopurulenta, simile agli sputi nummulari, con strie di sangue: aveva anche lieve elevazione di temperatura, sudori notturni; dimagrì.

All'esame si vide l'inferma ortopnoica, con rumore di *cornage* stridente, e tiraggio sopra e sottosternale. Aveva tosse convulsivoide, un poco abbaiante; le vene presternali erano più sviluppate della norma. Agli apici polmonari, specie a sinistra, si avevano i segni di infiltrazione tubercolare a forma fibrocaseosa. Negli spazi interscapolari, all'altezza dell'ilo dei polmoni, si delimitava una zona di ottusità, con soffio bronchiale bilaterale, specie a sinistra. Le pupille erano ineguali. Sul bordo anteriore della gamba sinistra, nella regione tibiale anteriore, l'inferma presentava una ulcerazione di natura certamente sifilitica: la reazione di Wassermann fu nettamente positiva.

La malata era adunque sifilitica e tubercolosa: la constatazione di numerosi bacilli di Koch negli sputi non lasciavano alcun dubbio. Colla esplorazione radioscopica si constatò che la sindrome di compressione bronchiale era dovuta alla esistenza di una opacità del mediastino, senza movimenti espansivi. Ora sotto l'influenza del trattamento questo spazio è tornato chiaro, ciò che è la prova della risoluzione della lesione. Se la malata è migliorata, se il *cornage* è diminuito a poco a poco, si constata ancora il soffio bronchiale bilaterale ed un certo grado di oppressione. Essa dunque ha presentato una associazione sifilo-tubercolare, ed in simili casi è estremamente difficile affermare se la mediastinite appartiene all'una od all'altra di queste malattie, od a tutte e due simultaneamente.

3° *Mediastinopericardite callosa, con asistolia epatica.* — Si trova tanto nei sifilitici che nei tubercolosi, e benchè si osservi a volte nell'adulto, essa è sopratutto l'appannaggio dell'infanzia. I disturbi cominciano in generale con una sindrome epato-addominale, caratterizzata da un aumento di volume del fegato, un poco di ascite e di circolo venoso collaterale e finalmente dalla asistolia.

Sembra che all'inizio la mediastinite succeda alla periepatite e si localizzi sopratutto all'intorno della vena cava inferiore: il più spesso, in effetti, si constata dapprima la sindrome di compressione della vena cava inferiore ed in seguito solo lo sviluppo dell'asistolia con sinfisi cardiaca.

Come si può fare la diagnosi? Con quali elementi si può distinguere la sifilide dalla tubercolosi, o presumere che esse sono associate? Non è qui il caso di insistere di nuovo sulla importanza della constatazione di stigmate e di lesioni specifiche in attività, o cicatriziali. Non ci si può fidare delle risposte in proposito date dai malati. Un ottimo mezzo di diagnosi è la reazione di Wassermann, la quale ha un valore presso a poco assoluto Può del pari essere utilizzata la intradermoreazione e gli altri processi di reazione alla tubercolina. Questi mezzi tuttavia non possono che rivelare le qualità umorali del terreno e non la natura intima di tutte le localizzazioni morbose, sviluppate su questo terreno. Non si può affermare la natura di una lesione tubercolare o sifilitica che allorquando si constata la presenza del germe determinante; al difuori di questa condizione, ciò che conferma in modo più sicuro il concetto diagnostico è il risultato della cura istituita.

La sifilide e la tubercolosi sono molto spesso unite nello stesso soggetto, perchè la prima prepara il terreno alla seconda: a ciò si deve l'essere quasi costantemente positiva l'intradermoreazione alla tubercolina nei sifilitici.

Vi sono dei casi in cui la tubercolosi e la sifilide, associate l'una all'altra, dànno luogo ad una lesione complessa, ibrida; non esiste però vera fusione, ma semplice juxtapposizione.

Bisogna anche sapere che esistono lesioni tubercolari localizzate, le quali evolvono su terreni sifilitici, le quali sono in una certa misura, migliorate da un trattamento antisifilitico, perchè, sviluppate in favore di un terreno sifilitico, non trovano più condizioni propizie al loro sviluppo, allorchè il trattamento specifico ha migliorato questo terreno.

Di fronte ad un soggetto sifilitico e tubercoloso non v'è da temere a somministrare mercurio. È un errore grossolano credere che il mercurio sia dannoso ai tubercolosi, a meno che non si tratti di soggetti cachettici, od in fase molto avanzata della tubercolosi.

Non si deve dare ioduro ad un sifilitico tubercoloso, perchè questo medicamento potrebbe produrre fatti congestivi.

Si può anche usare il salvarsan: la sifilide e la tubercolosi difatti, ciascuna per suo conto, sono favorevolmente influenzate dall'arsenico. Il trattamento chirurgico deve essere sopratutto riservato alla mediastinopericardite callosa, tubercolare o sifilitica. Esso consiste nel sollevare un lembo costale e nel distaccare le aderenze, che riuniscono fra di loro ed ai tessuti vicini i due foglietti pericardici.

P. C.

CHIRURGIA.

Cura chirurgica della colelitiasi.

(H. VON WINIWARTER. *Le Scalpel médical*, 1° settembre 1912).

L'A. riassume le conclusioni dell'Exner sull'argomento: tutti i chirurgi sono d'accordo che alcune complicazioni della colelitiasi: la perforazione, l'angiocolite infettiva e l'ostruzione intestinale, possono solo con un intervento chirurgico combattersi efficacemente; si tratta cioè di una condizione assoluta e vitale. Lo stesso è a dirsi della colecistite acuta, senza calcoli concomitanti, quando sopravvengono sintomi generali inquietanti. L'operazione è preferibile nell'empiema della cistifellea e nell'idrope della medesima, potendo quest'ultima affezione provocare la rottura dell'organo o tramutarsi facilmente in empiema.

Nell'ostruzione prolungata del coledoco occorre pure intervenire; alcuni però non intendono si superino le 6-8 settimane od i tre mesi; altri invece intervengono anche dopo, pur rendendosi meno felice il risultato.

Le opinioni più contraddittorie si hanno per la calcolosi semplice, senza complicazioni, nei riguardi di un intervento. Sapendosi che circa il 90 % dei calcolosi si riconoscono tali o per un intervento addominale o soltanto all'autopsia, vi sono chirurgi che prescrivono l'intervento solo in casi di complicazioni o quando la frequenza delle coliche biliari rende insopportabile la vita al paziente (chirurgi europei). Al contrario, gli americani, ed ora anche gli inglesi, sono d'avviso di operare appena fatta diagnosi di calcolosi epatica, il che spiega la grande diversità di risultati operatorii nelle relative statistiche, questi chirurgi operando casi facili e rapidamente, quelli dovendo spesso ricorrere a tecniche complicate, combinate spesso ad interventi gravi sulle vie biliari profonde. Si comprende ancora come vi debbano essere i partigiani della semplice cistotomia e cistostomia da una parte, e dall'altra i sostenitori dell'ablazione dell'organo e della coledocotomia combinata al drenaggio del condotto epatico. La maggioranza dei chirurgi pertanto si

schiera contro l'*ectomia* e preferisce la cistotomia o il drenaggio. In ogni caso le recidive si verificano tanto dopo la semplice cistotomia e drenaggio, quanto dopo l'ectomia, potendosi riformare dei calcoli nal canale epatico o coledoco. L'ectomia è sempre una operazione molto più grave, più lunga, più delicata, e deve essere riservata a quei casi in cui le alterazioni della cistifellea sono tali da far dubitare di un ritorno allo stato normale.

Conoscendosi oggidì i rapporti che intercorrono tra affezioni epatiche e pancreatiche (pancreatiti in seguito ad estirpazione della cistifellea; cura delle flogosi pancreatiche col drenaggio delle vie biliari), e la possibilità di dare uno scolo alla bile con un'anastomosi coll'intestino (colecisto-enterostomia) nelle occlusioni definitive del coledoco, si deve sempre più rispettare la cistifellea e il più possibile lasciarla *in situ*. Il *drenaggio senza ectomia* basta anche nell'empiema della cistifellea, con o senza calcolo.

Quando un calcolo si è incuneato in uno dei canali biliari ed è impossibile rintracciarlo nella cistifellea o nel duodeno, bisognerà incidere la parete del canale e quindi richiudere il vaso per alcuni, per altri drenare e tenere a lungo il drenaggio. Con questo secondo metodo si possono facilmente estrarre altri eventuali calcoli che si vengano formando. Nella sutura del cistico potrà occorrere di fare la colecistectomia per impedire che il vaso si stenosi, in progresso di tempo, cagioni dilatazione, idropisia ed anche perforazione della colecisti. Nei calcoli incuneati nella porzione inferiore del coledoco si può ricorrere alla mobilizzazione del duodeno (Kocher), all'apertura del coledoco per via transduodenale od alla litotripsia (quest'ultima da rigettare).

Quanto ai risultati lontani dell'intervento, bisogna distinguere le vere recidive di calcolosi dalle false, le quali dipendono dall'asportazione incompleta dei calcoli, dalla persistenza dei dolori dovuti ad aderenze, da stenosi, da ernie. Le vere recidive sono rarissime nelle ectomie, relativamente frequenti nelle operazioni conservatrici. I successi operatorii saranno tanto maggiori quanto meno gravi saranno le operazioni; in altri termini, quanto più presto il malato si affiderà al chirurgo e prima che i calcoli abbiano migrato nelle vie biliari profonde (Exner). È dunque preferibile consigliare l'operazione a chiunque abbia avuto in qualche modo manifestazioni morbose da calcoli. L'operazione è la sola via di salvezza nelle complicazioni gravi della litiasi e nelle affezioni biliari acute o croniche, consecutive a malattie generali ed in assenza di ogni calcolo.

Nei casi dubbii, ed in assenza anche assoluta di ogni calcolo, quando vi ha frequenza di accessi dolorosi, gravità di disturbi, stato generale grave dell'infermo, la sola terapia efficace sarà l'intervento chirurgico (colecistostomia e non ectomia, tranne nei casi di epitelioma iniziale delle colecisti o stenosi del cistico).

G. QUARTA.

TERAPIA.

Sulla terapia delle affezioni sifilitiche e metasifilitiche del sistema nervoso mediante il salvarsan.

(KLIENEBERGER. *Berl. klin. Woch.*).

Lo straordinario entusiasmo con il quale fu accolto dai medici il salvarsan, non fu in generale condiviso dai neuropatologi e dagli psichiatri. L'Ehrlich stesso ha messo in guardia contro l'uso del suo preparato nelle affezioni metasifilitiche; le poche relazioni entusiastiche intorno a miglioramenti e guarigioni ottenuti in casi di paralisi non furono più tardi confermate; ed anche il noto caso di Alt ebbe esito letale.

Nella clinica psichiatrica di Breslavia fu esperimentato il salvarsan su 87 ammalati, durante un periodo di un anno e mezzo. In principio si praticarono iniezioni intramuscolari, ma, essendo queste dolorose, e avendo spesso conseguenze spiacevoli, si abbandonarono ben presto per quelle intravenose. Quest'ultime, generalmente, furono sopportate bene dai pazienti. Per le iniezioni intramuscolari la dose era, la prima volta, 0.20-0.25 gm., in seguito tra 0.5 e 0.9 gm.; per quelle intravenose quasi sempre la dose era di 0.3.

Generalmente, qualche ora dopo l'iniezione si osservava l'insorgere di brivido e di un aumento della temperatura, variante fra 37° e 40.2°. Salvo alcune eccezioni la febbre diminuiva e spariva con la stessa rapidità con la quale era insorta. Tra i disturbi soggettivi vanno annoverati: cefalea, dolori addominali, sensazioni di freddo, capogiri, dolori laceranti o trafittivi (soprattutto nei tabetici) e qualche volta vomiti; salvo poche eccezioni anche diarrea più o meno intensa. Nei paralitici si

osservò spesso, dopo l'iniezione, uno stato di delirio, agitazione, paura; due tabetici ebbero attacchi di asma, e un paziente affetto da sifilide cerebrale cadde svenuto.

Riassumiamo ora brevemente i risultati ottenuti dall'A. mediante il salvarsan in numerosi infermi.

Paralisi progressiva. — Finora non ne sono conosciuti casi guariti mediante il salvarsan; furono anzi spesso osservati, dopo l'iniezione, gravi fatti paralitici e attacchi convulsivi seriali seguìti da esito letale, cosicchè anche i più ottimisti non sperano più in una influenza favorevole nei casi avanzati della malattia. Alcuni autori credono di avere osservato che le remissioni sono più frequenti e più prolungate, nei casi curati con il salvarsan; però è giusto accogliere con scetticismo queste osservazioni, tanto più che esse provengono da autori che non sono veri e propri psichiatri.

Dei 31 paralitici curati con il salvarsan, 7 morirono in un brevissimo spazio di tempo, uno dei quali in seguito ad una trombosi dei seni, insorta quattro giorni dopo l'iniezione; in 16 la paralisi seguì il suo corso più o meno rapidamente; 5 casi progredirono lentamente o rimasero stazionari, e 3 ebbero remissioni discrete. In complesso, nulla che differisca sensibilmente da quanto suole accadere nei paralitici curati diversamente o non curati affatto; solo si può dire che, non ostante l'influenza favorevole sul ricambio, sembra quasi che il salvarsan agisca in maniera piuttosto sfavorevole. In quasi tutti gli ammalati, anche in quelli in cui la malattia progredisce rapidamente, si è osservato, durante la cura, un notevole aumento di peso; in due casi l'aumento fu di 15 e 20 kg. Facendo l'esame sierologico dei malati poche settimane dopo la iniezione di salvarsan, si riscontrò, in casi isolati, la reazione di Wassermann negativa nel sangue; in tutti i casi però più tardi la reazione negativa si trasformò in positiva. In generale il sedimento e l'albumina del liquido cefalorachidiano non subirono alcuna influenza.

Tabe. — I risultati ottenuti nella tabe sono meno sfavorevoli, giacchè, in alcuni casi, singoli sintomi possono venir facilmente influenzati dalla terapia. Quasi tutti i malati risentirono dopo l'iniezione un miglioramento subbiettivo; le parestesie e i dolori lancinanti sparirono per un tempo più o meno lungo; in tutti gli ammalati però ricomparvero alcuni giorni o alcune settimane dopo, o al più tardi dopo pochi mesi, nella stessa maniera e nello stesso grado di prima. In tre malati le crisi gastriche mostrarono un miglioramento, in uno però solo dopo che la cura del sarvarsan fu combinata con quella di mercurio. In un secondo caso migliorato, una cura di Hg aveva preceduto l'iniezione di salvarsan; in nessuno dei malati però il miglioramento fu duraturo. In due pazienti scomparve un leggero disturbo della vescica, in altri due si notò un lento regredire della paralisi nei muscoli degli occhi; in un altro caso scomparve un lieve disturbo di sensibilità alle gambe. In quasi tutti i soggetti si riscontrò un aumento di peso da 1 a 5 kg. In due pazienti i disturbi aumentarono. La reazione di Wassermann non scomparve mai in modo duraturo.

Non si può negare che il salvarsan esplichi sulla tabe qualche influenza; però in complesso i risultati non sono troppo soddisfacenti, giacchè il miglioramento non fu mai, come si è detto, di lunga durata. Del resto non bisogna dimenticare che nei tabetici esistono vari sintomi i quali dipendono da lesioni meningee, modificabili con la terapia; come pure non mancano fatti di origine puramente psicogena, su cui l'uso del salvarsan può esplicare una azione suggestiva favorevole.

Sifilide del sistema nervoso. — Qui possiamo registrare una serie di risultati favorevoli, dovuti certamente all'azione del salvarsan. Numerosi autori hanno già descritto i miglioramenti ottenuti nei processi sifilitici del cervello (arteritici, meningei e gommosi). Anche in casi di sifilide spinale (meningite e meningomielite) sono stati registrati buoni risultati; sembra però che i processi puramente mielitici non vengano influenzati sufficientemente. I sintomi subbiettivi migliorano per primi: dopo l'iniezione il paziente si sente sollevato, l'umore diviene più allegro; sopratutto risente una influenza benefica la cefalea; in molti casi dopo pochi giorni, e qualche volta già dopo 24 ore, i dolori di testa, anche se insopportabili, uniti a vomito ed esistenti da anni, si attenuano e scompaiono del tutto; anche i dolori alla nuca e le vertigini risentono un'influenza favorevole. Si osserva però anche un miglioramento di quasi tutti i sintomi obbiettivi. Fu riscontrato sopratutto:

regredire della papilla da stasi e della neurite ottica, ritorno della reazione pupillare; si osservò anche, in qualche caso di atrofia del nervo ottico, un miglioramento del potere visivo. Guarirono o almeno migliorarono casi di paralisi dei muscoli degli occhi e della faccia, affezioni del labirinto e dell'acustico. Anche disturbi parafasici, emiplegie e disturbi della vescica e del retto scomparvero dopo una cura di salvarsan. Si ebbero pure buoni risultati in casi di epilessia a base sifilitica.

Furono descritti rari casi di peggioramento; più frequenti però sono i casi di lues cerebrale e spinale non influenzati affatto dal salvarsan. Ciò avverrebbe, secondo alcuni, perchè soltanto i casi recenti sono suscettibili di miglioramento. Vari autori avrebbero ottenuto migliori risultati combinando il salvarsan col mercurio.

Dei 29 casi osservati dall'A., 6 non risentirono alcuna influenza da una cura di salvarsan; 23 mostrarono un miglioramento notevole, e tra questi ve ne furono 12 in cui migliorarono anche i sintomi obbiettivi; 1 solo dei casi può considerarsi guarito. I risultati conseguiti sono dunque simili a quelli che si ottenevano con l'antica cura specifica. Tra i casi benevolmente influenzati, ve ne sono soltanto pochi che si erano mostrati refrattari al mercurio; in qualche caso i buoni risultati si ebbero solo combinando il salvarsan con il mercurio. Non si potè però mai riscontrare la scomparsa della reazione di Wassermann nel sangue. In qualche caso diminuirono l'albumina e il sedimento nel liquido cerebro-spinale; in altri invece essi aumentarono, nonostante l'apparente miglioramento dei sintomi.

Il vantaggio della cura di salvarsan su quella di mercurio, nella sifilide del sistema nervoso centrale, consiste nella rapidità con cui il medicamento agisce, rapidità che è molto desiderabile quando si tratta di lesioni che mettono in pericolo la vita o la vista, e in tutti quei casi un cui altrimenti sarebbe necessario in intervento operatorio. Altri vantaggi sono rappresentati dal minor fastidio che arreca la cura, dalla mancanza dei sintomi spiacevoli che quasi sempre accompagnano la cura di mercurio, e dalla favorevole influenza che esplica il salvarsan sulle condizioni generali.

Altre malattie. — Da alcuni autori sono stati vantati i buoni effetti del salvarsan sul sonno, sull'appetito e sulla nutrizione anche in malattie che non sono in rapporto con la sifilide. Le osservazioni dell'A. in pazienti affetti da sclerosi multipla, paralisi agitante, tumore cerebrale, atrofia muscolare mielopatica, ecc., non confermano tale asserzione.

È infine opportuno rilevare come non troppo raramente, in pazienti affetti da lues recentemente acquisita, si manifestino, pochi mesi dopo la cura di salvarsan, gravi sintomi riguardanti il sistema nervoso centrale. Ciò è accaduto anche in due individui osservati dall'A. Non è possibile ancora affermare con sicurezza se tali manifestazioni precoci dipendano esclusivamente dalla lues, o se siano dovuti al sommarsi dell'azione della lues con quella del salvarsan.

Riepilogando: il salvarsan non esplica alcuna influenza sulla paralisi progressiva e ben poca sulla tabe. In casi di sifilide del sistema nervoso centrale si ottengono invece, d'ordinario, i medesimi buoni risultati che con l'antica terapia specifica; ma, rispetto a questa ultima, il salvarsan presenta qualche vantaggio. In alcuni casi i risultati favorevoli si devono ad una cura combinata di salvarsan e di mercurio.

V. FORLÌ.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso di igroma della borsa sierosa dello psoas iliaco

per il dott. ANTONIO PISANO
medico interinale nell'Ospedale civile di Alghero.

(*Continuazione e fine*).

14 febbraio. — Operazione: Anestesia locale mediante iniezioni di novostasina.

Taglio lungo 15 cm. circa, parallelo all'arcata di Poparzio, 2 cm. al disotto, s'incide la cute, il cellulare sottocutaneo, la fascia superficiale a livello dell'eminenza ileo-pettinea e all'interno dei vasi femorali. Nel punto della incisione si riscontra che la faccia superficiale ha contratto aderenze con la parete del tumore. Si dissecano queste aderenze, e per facilitare la discissione si incide la parete della cisti, svuotandola in parte del contenuto.

Il tumore è situato sotto lo psoas e pettineo i quali sono spostati in alto; il tumore poi, passando fra il pettineo e lo psoas solleva in

alto i vasi femorali che si vedono appena dissecato un tratto della fascia superficiale. Sulla sua faccia anteriore il tumore presenta una linea di strozzamento prodotta dall'arcata femorale. Si spostano leggermente in fuori i vasi femorali, e allora, introducendo il dito lungo le pareti del tumore nell'interstizio fra lo psoas ed il pettineo, si riscontra che il tumore al di là dello strozzamento prodotto dall'arcata subisce una dilatazione globosa, grande come una mela, la quale occupa la parte anteriore della fossa iliaca interna senza contrarvi forti aderenze.

Seguendo sempre col dito la fluttuazione del tumore, si sente che esso si avanza sotto lo psoas, sorpassa il pube, arriva sopra la capsula dell'articolazione coxo-femorale, fino a giungere in prossimità del piccolo trocantere dove contrae aderenze un po' forti.

Dalla parte del pettineo si continua con una propaggine, che, passando sotto il muscolo e la branca orizzontale del pube scende in basso involgendo come in una guaina il suo tendine inferiore d'inserzione. Afferrato il tumore con una pinza Museaux si procede a poco a poco alla dissezione che è laboriosa.

Si rileva che non esiste comunicazione della cisti con l'articolazione.

Emostasi. — Si zaffa con garza iodoforme lo spazio vuoto lasciato sotto il pettineo e lo psoas. Si riuniscono i due labbri esterni della ferita con tre punti di sutura, un punto ai due labbri interni.

Al 25° giorno dall'operazione può ritenersi perfettamente guarita. I movimenti attivi e passivi dell'articolazione dell'anca sinistra sono pienamente conservati.

Nessun dolore in corrispondenza della regione operata, cicatrice appena appariscente.

Descrizione della borsa e del liquido. — È di forma trilobata, globosa, dei tre globi il medio è il più sviluppato e raggiunge le dimensioni di una grossa mela. Gli altri due sono di forma più irregolare e di dimensioni un po' più piccole.

La borsa ha una parete fibrosa ispessita. Il liquido che è in essa contenuto è citrino-limpido, leggermente viscido e filante come la sinovia delle articolazioni. La quantità di liquido si può valutare a 400-450 cmc. Non si potè raccogliere in quantità sufficiente per poterne determinare la densità. La membrana alla superficie interna ha un aspetto lucente, mucoso; in alcuni punti della parete si trovano delle vegetazioni di un tessuto roseo, molle. Nel liquido si trova libero qualche piccolo frammento solido biancastro. Del resto il liquido è perfettamente limpido.

Esame microscopico. — Fissati in Zenker:

1° due pezzi della parete;

2° alcuni pezzi delle vegetazioni esistenti nell'interno;

3° un piccolo frammento biancastro natante nel liquido.

La parete è costituita da un tessuto connettivo compatto con grossi fasci fibrosi ondulati decorrenti parallelamente alla superficie. Gli elementi cellulari sono piuttosto scarsi con nucleo bastonciniforme, disposto parallelamente al decorso dei fasci fibrosi.

Verso la superficie interna, il tessuto ha una tessitura più compatta e vi si distingue in molti tratti un rivestimento cellulare di endotelio a cellule appiattite. Dove insieme alla parete venne esportato anche qualche tratto del tessuto cellulare circostante si trovano delle piccole aree di tessuto adiposo, e nel connettivo lasso, infrastante si vedono vasi sanguigni dilatati, con infiltrazione abbondante di leucociti disposti in accumuli e disseminati specialmente lungo il decorso dei vasi.

Le vegetazioni sporgenti nell'interno risultano costituite in parte da tessuto fibroso compatto come quello della parete, solo con più abbondante infiltrazione di leucociti, in parte da tessuto connettivo più giovane ricco di elementi cellulari con capillari sanguigni numerosi e turgidi, con piccoli focolai emorragici simili nell'aspetto ad un tessuto di granulazione.

In mezzo a questo tessuto si vedevano anche delle aree incolore con pochi residui nucleari, con una tenue struttura fibrillare o leggermente granulosa, che hanno l'aspetto di ammassi fibrinosi.

I frammenti trovati liberi nella cavità hanno la stessa struttura delle vegetazioni ancora aderenti alla parete.

Alcune considerazioni cliniche sull'eziologia e la diagnosi dell'igroma della borsa sierosa dello psoas.

Le borse sierose si possono dividere in due grandi classi: borse sierose sottocutanee e borse sierose sottoaponeurotiche. Mentre le borse sottocutanee furono studiate bene solo in questi ultimi tempi, le sottoaponeurotiche furono conosciute anche degli antichi come ne fanno testimonianza i libri di Vesalio, Malpighi, Morgagni, Albino, Cooper, Haller, Camper, Bell, Sommering.

Lo studio di questi organi fu elevato a grandissima importanza sul principio del 1800 da Loder e Monrò. Fra gli italiani merita speciale menzione Giovanni Zoia, il quale si applicò appassionatamente allo studio delle borse sierose, studiandone diligentemente la varia localizzazione, la struttura, il contenuto, e le proprietà per cui è merito suo se al giorno

d'oggi è ben conosciuta l'anatomia delle borse sierose. Le borse sottoaponeurotiche trovansi compiutamente formate nel feto e l'apparire di esse è quindi molto più precoce delle sottocutanee, delle quali sono anche più costanti e fornite di caratteri più pronunziati e destinate ad un ufficio più apprezzabile di maniera che queste borse sottoaponeurotiche non possono venir considerate come le sottocutanee quali prodotti che si avvicinano al patologico, ma organi importanti e fisiologici.

La borsa sierosa dello psoas iliaco, fu, a dire del Zoia, molto studiata da distinti anatomici, chirurghi antichi e moderni. Altrettanto e forse più fu studiata la borsa prerotulea, la quale per la posizione sua alla faccia anteriore dell'arto essendo esposta a cause traumatiche, facilmente diventa sede di malattia, onde la grande frequenza degli igromi della borsa prerotulea dei quali furono pubblicati numerosissimi e svariatissimi casi. Ma quanto frequenti sono gli igromi della borsa prerotulea altrettanto sono rari gli igromi della borsa dello psoas e ciò si capisce facilmente quando si pensi alla localizzazione della borsa dello psoas, alla poca accessibilità che ha la regione da essa occupata a traumi, irritazioni, pressioni che nell'eziologia degli igromi rappresentano la causa più importante e più frequente.

Gli igromi della borsa sottotrocanterica sono anche rari, ma più frequenti di quelli dello psoas e non raggiungono neanche l'importanza di questi che per la rarità, il complesso dei sintomi clinici, la difficoltà della diagnosi differenziale, meritano di essere studiati di preferenza.

Gli igromi della borsa dello psoas iliaco riguardo all'eziologia sono riferibili alcuni ad un trauma che ha agito direttamente sulla regione inguino-crurale, altri ad irritazione che la borsa subisce per compressione e sfregamento dei muscoli psoas e pettineo quando sono obbligati ad un eccessivo lavoro; e così avverrebbe in certi individui che sono costretti a tenere per lungo tempo la stazione eretta, e a faticosi e continuati movimenti nell'articolazione femorale. Forse si potrebbe trovare per lo sviluppo di questi igromi una causa speciale predisponente, nella professione dell'individuo, analogamente a quanto avviene per la produzione delle borse sierose sottocutanee e degli igromi della regione prerotulea. Argomento questo che è difficile studiare a proposito degli igromi della borsa dello psoas, appunto per la grande scarsità di casi conosciuti, ma a me sembra che queste irritazioni, questi traumatismi rappresentino la causa predisponente, non la efficiente, che sarebbe data da stati diatesici: reumatismo, gotta. Anche la sifilide deve precipuamente classificarsi come causa d'igroma e Couteaud (1) descrisse un bellissimo caso d'igroma della borsa dello psoas in un sifilitico. La tubercolosi anche è causa di igromi.

Si fecero molte classificazioni degli igromi, considerandoli dal lato anatomopatologico, ma la classificazione più comunemente accettata è quella che distingue: 1° un igroma cistico; 2° proliferante; 3° fibroso; 4° emorragico.

La prima forma cioè l'igroma cistico è la più frequente, corrisponde all'idrarto.

La tasca è di forma sferica, appiattita su una delle sue faccie in genere, ma nel caso dell'igroma della borsa dello psoas l'appiattimento è spesso da tutte e due le faccie per la compressione che l'igroma riceve dalla parete ossea da una parte, dai muscoli dall'altra; del resto può essere di forma anche rotondeggiante globosa come nel caso osservato da Heineke (2).

Molto spesso l'igroma dello psoas è bilobato, trilobato come nel nostro caso, talvolta multiloculare. La faccia esterna dell'igroma può essere incrostata di sostanza calcarea di cartilagine che talvolta sembra un vero guscio. Qulche volta fu trovato attorno alla cisti un involucro di tessuto adiposo.

Nella sua faccia interna l'igroma cistico è quasi liscio biancastro, o rosso se vascolarizzato. Contiene un liquido che varia in quantità secondo lo sviluppo del tumore. Avrebbe raggiunto 1500 gm. in una cisti della borsa trocanterica punta da Chassagnac. Questo liquido dapprima è spesso, viscoso, giallastro, diventa sempre più fluido a misura che la quantità s'accresce; spesso è torbido, opaco, granuloso, carico di piastrine di colesterina.

L'igroma proliferante è caratterizzato dalla irregolarità della superficie interna, tutta vegetante. Vegetazioni a masse verrucose sessili o peduncolate possono nuotare nel liquido. Il caso da noi studiato rappresenterebbe un igroma proliferante.

Non mi consta che sia stato descritto alcun

caso d'igroma fibroso a proposito della borsa dello psoas. Erihsen e Mettheneimer lo descrissero nella borsa prerotulea e nella tibiale. Chelius nella borsa olecranica. Sembra che s'inizi con una piccola nodosità indurita che s'ingrossa a poco a poco venendo ad acquistare talvolta il volume di un arancio, con piccola cavità centrale contenente scarso liquido.

L'igroma emorragico non fu mai osservato nella borsa dello psoas, fu osservato molto frequentemente nella borsa nel ginocchio. Il contenuto è sanguigno, per lo più nerastro o giallastro.

Per l'eziologia dell'igroma emorragico si può dire che provenga da traumi che agiscono sull'igroma cistico, determinando delle emorragie nel contenuto, oppure per lesioni primitive analoghe a quelle della pachimeningite cronica emorragica. Volkmann ha trovato in un vecchio igroma a contenuto sanguigno del ginocchio, lesioni analoghe a quelle della pachimeningite o dell'ematocele vaginale. (3) Il Morestin ne he descritto un bel caso nella borsa nel ginocchio.

Spogliando la bibliografia, la quale è scarsissima a proposito degli igromi della borsa dello psoas, ho potuto sapere che di casi veramente importanti erano stati pubblicati 14.

Citerò qualcuno di questi casi dispiacente di non poterlo fare per tutti. Heineke (2) pubblicò un reperto cadaverico di un individuo nel quale fra il tendine del muscolo psoas e la capsula dell'articolazione dell'anca, si trovava un tumore rotondeggiante, cistico, non comunicante con l'articolazione, il quale conteneva un liquido gelatinoso.

Fricke (4) osservò un uomo di 35 anni in cui al disotto della spina iliaca ante-superiore, si era formato un tumore il quale decorreva obliquamente verso l'interno, estendendosi fin sopra il terzo superiore della coscia. Il paziente morì e all'autopsia si trovò oltre una distruzione cariosa dell'articolazione dell'anca, una comunicazione della grandezza di una moneta da due centesimi fra la capsula articolare e la borsa subiliaca. Questa era riempita di sanie e in diversi punti perforata.

Una raccolta purulenta, seguendo il muscolo psoas, si estendeva in alto fino al primo fascio d'origine di questo muscolo.

Schafer (5) riferisce il seguente caso della clinica di Volkmann:

Si tratta di un tumore della grossezza della testa di un bambino, situato immediatamente al disotto dell' arcata crurale, in un uomo il quale un anno e mezzo prima aveva ricevuto un urto alla regione articolare corrispondente.

Sul subito comparvero disturbi funzionali e dolori i quali ultimi si irradiavano in basso fino alla gamba. Non vi era febbre.

La estremità corrispondente era alquanto più atrofica dell'altra. Il tumore sporgeva solo di poco sul livello della cute. Esso giaceva profondamente infossato nella muscolatura della coscia e la sua disposizione era di un ovale allungato, cosicchè il diametro longitudinale decorreva nella direzione dello psoas. La coscia era moderatamente flessa, estendendola il tumore assumeva durezza lapidea, mentre nella flessione si poteva facilmente riconoscere la fluttuazione. Un secondo tumore si trovava subito all' indietro della punta del gran trocantere, all'orlo del muscolo grande gluteo. Anche questo tumore si mostrava più duro nella estensione e fluttuante nella flessione. Il suo contenuto si poteva ridurre, in questo caso il tumore anteriore si faceva più teso. Le due suddivisioni erano comunicanti, il movimento nell'articolazione era libero.

Si dice che l'igroma in genere nel suo sviluppo è d'una indolenza quasi completa, per cui reca pochissimo disturbo al paziente e gli permette anche di attendere alla sua professione. Ma questo generalmente avviene per gli igromi che si sviluppano al ginocchio, mentre per l'igroma della borsa della psoas la sintomatologia è ben diversa.

Finchè un igroma dello psoas è di piccolo volume può passare anche inosservato ma quando raggiunge un certo volume (arancia, testa di feto) allora dà luogo alla manifestazione di due ordini di fenomeni: 1° di lesa funzione dell'arto; 2° di lesa circolazione; i quali fenomeni più che dalla natura dell'igroma, dipendono dalla localizzazione speciale di esso, e dai rapporti che contrae con l'articolazione i muscoli, i vasi.

Un tumore che si sviluppi fra lo psoas e la branca orizzontale del pube e la capsula articolare dell'anca, impedisce, se è rilevante, la estensione completa dell'arto, e l'anca acquista una posizione di flessione sul bacino, la quale non manca mai e può dirsi una caratteristica degli igromi della borsa dello psoas. Oltre a

questa posizione di flessione Hoffa (6) avrebbe osservato negli igromi della borsa dello psoas un certo grado di abduzione e di rotazione all'infuori. Ecco il caso che egli ci descrive:

Un operaio aveva ricevuto un trauma alla coscia destra ed alla mano sinistra e potè riprendere il lavoro 14 giorni dopo l'accidente. Un anno più tardi cominciò a provare dolori all'anca e nello stesso tempo constatò l'esistenza di una tumefazione dolorosa sotto il legamento di Poparzio, fra il pettineo e psoas iliaco. La consistenza di questo tumore era molto dura, ma facendo flettere la coscia si riusciva a sentire la fluttuazione. Il trocantere era in posizione normale e le due estremità inferiore offrivano eguale lunghezza; la gamba si trovava in abduzione, rotazione all'infuori e leggera flessione. I movimenti erano limitati per la flessione, la rotazione in dentro e l'adduzione.

L'arto presentava una leggera atrofia muscolare e l'ammalato accusava dei dolori irradiantisi al ginocchio. Egli credeva di poter attribuire questi fenomeni all'accidente subìto e molti medici diagnosticarono una frattura del collo del femore con callo ipertrofico. M. Hoffa chiamato a pronunziarsi fece diagnosi d'igroma della borsa dello psoas, basandosi sull'assenza di un segno obiettivo di lesione ossea.

Nel 2° ordine di fenomeni sono quelli di ostacolata circolazione che avvengono quando i vasi femorali sono spostati, sollevati in alto e compressi dallo svilupparsi del tumore sottostante.

Da quanto si è detto, ne consegue che la diagnosi d'igroma della borsa iliaca è oltremodo difficile. È degno di nota che la tensione in questi igromi può arrivare a tal punto da mascherare la fluttuazione e dare l'impressione di un tumore duro lapideo.

Se in questi casi si avrà l'accortezza di far flettere l'arto, palpando in queste condizioni si riusciscirà a percepire la fluttuazione e si arriverà alla diagnosi.

La sensibilità alla pressione negli igromi è poco pronunciata, salvo il caso di un igroma suppurato come quello che studiò il Rose (7) nel quale la sensibilità era dolorosa assai. Davanti ad un caso di simil genere il diagnostico è ancora più difficile. L'anamnesi qui potrebbe riuscire di grande aiuto; il poter ciò stabilire che l'igroma che ora è infiammato, ha avuto uno stadio a decorso lento, senza sintomi di dolorabilità rilevante, il poter anche stabilire la causa diretta della suppurazione (traumi sul tumore, malattie infettive, infezioni circostanti). Zuelzer parlando del caso studiato da Hoffa, dice che la diagnosi differenziale fra igroma dello psoas ed alcune affezioni del collo femorale (fratture antiche, coxa vara) le quali si accompagnano a simili attitudini dell'arto, mette sovente il clinico in imbarazzo.

Concluderò queste mie brevi note facendo notare che il chirurgo, quando si trovi davanti ad un tumore della regione inguino-crurale, ad un tumore profondo, non pulsante, che impedisce la estensione completa dell'arto, che diventa solo molle e fluttuante nella flessione forzata della coscia sul bacino, che è insorto lentamente con scarsi sintomi di dolorabilità, in un individuo che ha avuto sifilide o reumatismo o che ha ricevuto in passato un trauma alla regione inguino-crurale, o che per mestiere si espone a cause reumatizzanti, il chirurgo per il diagnostico deve ricordarsi che tale quadro può essere caratteristico dell' igroma della borsa dello psoas.

Se poi vi fosse dubbio di una lesione del collo del femore, l'esame attento della lunghezza dei due arti inferiori, la normale posizione del gran trocantere, basteranno a fare evitare ogni possibile errore di diagnosi.

Nei casi in cui fosse necessario escludere l'ipotesi di cisti idatidea, quando l'esame del paziente riuscisse dubbio o contraddittorio, io propongo come *ultima ratio* (però nel caso accertato che non si tratti di dilatazione pulsante, aneurismatica) la puntura esplorativa la quale, come tutti sanno, è niente affatto pericolosa quando è fatta con le dovute cautele di asepsi, e che nella maggior parte dei casi potrà permettere di fare la diagnosi.

Del resto, io credo, che anche dopo aver stabilito la diagnosi, sia dovere del chirurgo prima di accingersi all'atto operativo, confermare la diagnosi mediante la puntura esplorativa.

In altri casi potrebbe essere utile la radiografia quando si volesse escludere l'ipotesi di una lesione o del femore o del bacino (cisti delle ossa, frattura, colli deformi, ecc.).

BIBLIOGRAFIA.

(1) COUTEAUD. *Hygrome siphilitique de la bourse du psoas iliaque.* Gaz. ebd., XXXVI.
(2) HEINEKE. *Anatomie und Patologie der Schleimbeutel und Schneuscheiden.* Erlangen, 1868.
(3) H. MORESTIN. *Hygrome ématique prérotulien.*
(4) FRICKE. Schmidt's Jahrbücher, 1834.
(5) SCHÄFER. Centralblatt für Chirurg., 1880.
(6) HOFFA. Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1889, S. 287, u. f.
(7) ROSE. *A case ef abscess in the bursa under the tendon of the iliacus internus muscle.* Lancet, April 1872.
WOOD. Cf. Schmidt's Jahrbücher, 1873.
SYMNESTREDT. Preisarbeit der med. Facult. cristiana, 1866: *Beschreibung der an der Ober- und Unterestremität von kommender bursae mucosae.*
VOLKMANN. Cf. PITHA und BILROTH, 1865. Erlange, S. 822.
HUETER. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. V, S. 524, u. f.
EHRLE. Correspond. des Württemberg. ärztlichen Vereins.
HENDTMANN. Monatsschrift für Unfallheilkunde: *Beitrag zu den schleimbeutelen tzundungen Jan,* Vorg. IV.
MOUSEN. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1894.
SCHUCHARDT. *Entstehllung der subcutanem Higrome.* Virchow's Archiv, Bd. 4, XXI.
I. B. PETIT. *De l'Hygrome trochantérien.* Paris, Baillière et Fils, 1891.

LEZIONI

Il trattamento della nefrite cronica.

(E. ROMBERG. *Deut. Med. Woch.*, 1912, n. 23).

Nel trattamento della nefrite cronica occorre regolarsi in maniera diversa a seconda delle condizioni della funzionalità renale.

Nello stadio di sufficiente funzionalità, il compito più importante del medico è quello di proteggere l'organo, evitando l'eccesso di funzione; ciò che si ottiene essenzialmente diminuendo la quantità degli alimenti azotati, regolando la quantità delle bevande, evitando le sostanze che potrebbero direttamente ledere il rene.

Per quanto riguarda le sostanze azotate, siccome esse non possono nuocere se non quando vengono introdotte in quantità rilevante, si concederà in genere ai nefritici di ingerire giornalmente 100-150 gr. di carne; solo ai gottosi se ne darà in quantità minore. Molti temono assai la somministrazione di carni scure e di uova; ma tale timore non è affatto giustificato, giacchè i prodotti terminali di questi alimenti non differiscono da quelli della carne bianca. Idrati di carbonio, grassi, alimenti contenenti cellulosa, possono venire introdotti nella quantità voluta dall'organismo; solo si deve mirare a diminuire alquanto il peso dei malati molto corpulenti, e a fare invece ingrassare quelli troppo magri.

La quantità di liquido da permettere è, in genere, di 2 litri al giorno, giacchè i nefritici cronici sogliono sopportare assai male una maggiore limitazione; mai deve andarsi al disotto di l. 1 ½. Alcuni somministrano agli infermi grandi quantità di liquido, partendo dal preconcetto teorico che in tal modo si stimola la funzione renale e si ottiene la eliminazione di sostanze dannose all'organismo; chi però sa essere la eliminazione dell'acqua attraverso il rene non una filtrazione passiva, ma una secrezione, una funzione attiva, si rifiuterà di sottoporre i reni dei nefritici cronici a questo eccesso di lavoro.

Fra le sostanze dannose che devono venire evitate menzioniamo anzitutto le bevande alcooliche, le spezie, l'aceto. È noto inoltre come oggi si consideri dannoso per i nefritici il cloruro di sodio, sicchè a questi infermi viene generalmente prescritta una dieta povera di sale di cucina. L'A. ritiene però che, quando la funzionalità renale è sufficiente, non occorra affatto di essere molto severi, limitandosi ad evitare che se ne ingerisca una quantità eccessiva. Del resto, una diminuzione nella introduzione dei cloruri è già determinata dalla dieta povera di carne. Certo, è bene che il nefritico non ingerisca giornalmente più di 8-12 gr. di sale da cucina (l'individuo normale ne introduce in media 15 gr.); ma una diminuzione maggiore non sembra all'A. affatto giustificata, tanto più che, nella maggior parte degli uomini, una dieta che contenga meno di 5 gr. di Na Cl al giorno dà luogo a inappetenza, a fenomeni di irritazione nervosa, ecc. Si consiglierà inoltre ai malati di moderare il loro lavoro, e di concedersi due o tre volte al giorno delle pause di completo riposo.

L'A. ritiene che, durante il periodo di conservata funzionalità renale, riesca assolutamente inutile ogni cura attiva della nefrite cronica. Il trattamento che ha per scopo di far sudare i pazienti non dà, secondo l'esperienza dell'A., alcun vantaggio, mentre può produrre effetti nocivi. Le cure, spesso consigliate, di recarsi a bere speciali acque, possono produrre effetti

vantaggiosi solo in quanto esse fanno sì che il paziente viva in buone condizioni di ambiente e sotto continua sorveglianza medica. L'A. non crede alla possibilità della guarigione mediante l'invio del paziente in un clima caldo; in tal modo si ottiene spesso una diminuzione dell'albumina, ma non è certo che ciò costituisca per il malato un vero giovamento. Tuttavia è indiscutibile che spesso gli infermi migliorano (specialmente nelle condizioni generali) passando l'inverno in un clima mite.

Non possediamo disgraziatamente alcun mezzo per influenzare il processo renale. Recentemente Hösslin ha notato che la somministrazione di alcali (in forma di bicarbonato di soda) fa diminuire la quantità di albumina; ma dobbiamo ancora fare delle riserve intorno alla reale utilità di questo effetto. Lo scapsulamento del rene, che destò entusiasmo qualche anno fa, non è più oggi da prendere in considerazione. Bisogna invece tener presente la possibilità che esista un focolaio suppurativo il quale mantiene l'affezione renale (specialmente focolai tonsillari). Inoltre non va dimenticata la possibilità che la nefrite abbia rapporto con l'infezione luetica; sicchè, specialmente in individui relativamente giovani, quando esistono fondati sospetti di sifilide, o quando la reazione di Wassermann è positiva, dovrebbe sempre tentarsi una cura specifica.

Il trattamento dell'insufficienza renale richiede un assai maggiore riposo dell'organo infermo; valgano in proposito le prescrizioni innanzi accennate, ma in misura più rigorosa. Il riposo del corpo è necessario; specialmente se esistono edemi o sintomi di uremia, il paziente deve rimanere a letto. Importantissima è la limitazione nella ingestione del cloruro di sodio. È noto come ordinariamente si ammetta che il cloruro di sodio normalmente circolante non venga, oltre una certa misura, eliminato dal rene infermo, ma rimanga nel corpo, producendo una ritenzione di acqua, e quindi l'edema; ma dobbiamo ammettere che, per la produzione dell'edema, occorra anche una alterazione dei vasi. La presenza degli edemi deve far sospettare l'azione nociva del Na Cl; si ricorra allora alla limitazione nella ingestione di questa sostanza, prescrivendo o la dieta lattea assoluta o una qualsiasi altra dieta adatta (farinacei non salati, frutta cotte, legumi senza sale). Se esiste realmente la intolleranza al cloruro i fenomeni miglioreranno rapidamente sotto l'influenza di questa dieta. Questa però viene da parecchi soggetti male sopportata, sicchè si è spesso costretti a concedere, di tanto in tanto, per qualche giorno, una maggiore quantità di sale. Del resto non è possibile formulare in proposito alcuno schema; meglio è regolarsi caso per caso, secondo la tolleranza dell'infermo. Disgraziatamente, secondo l'A., solo una piccola parte dei casi migliorano con la dieta declorurata; i pazienti nei quali sono scarsi gli edemi, mentre prevalgono i fenomeni uremici, non sogliono risentirne giovamento. Tuttavia il tentativo della dieta declorurata è sempre giustificato.

L'azione degli altri sali sul rene non è stata sufficientemente studiata; verosimilmente essi si comportano come il Na Cl, sicchè se ne deve evitare la prescrizione, specie negli edematosi. Abbiamo già detto come modiche quantità di bicarbonato di soda non solo non producano effetti dannosi, ma anzi determinino una diminuzione dell'albumina.

Per combattere gli edemi e l'uremia giovano alcuni medicamenti capaci di eccitare l'attività dei reni, e principalmente i composti xantinici (diuretina e teocina). Gli esperimenti dimostrano che i corpi xantinici determinano dilatazione dei vasi renali e aumentano la eliminazione dell'acqua e del cloruro di sodio. L'A. usa a preferenza la diuretina negli arteriosclerotici, la teocina nei nefritici giovani; tuttavia adopera la teocina anche nei nefritici arteriosclerotici quando la funzionalità renale è assai torpida e la diuretina non ha esplicato un effetto sufficiente. Nella cura della nefrite cronica si adoperano anche la digitale e i suoi derivati. Queste sostanze agiscono principalmente riattivando la funzionalità del cuore, così spesso disturbata nelle affezioni renali; ma esse esplicano talora anche un'azione stimolante diretta sul rene. Se la pressione sanguigna è assai elevata, l'A. diminuisce la quantità della digitale ma non rinuncia ad adoperare questo medicamento, avendo spesso osservato come, col migliorare della funzionalità renale, la pressione sanguigna si abbassi. Il calomelano, il quale, nei cardiopatici, esplica sovente una spiccata azione diuretica, non deve venire adoperato nei nefritici, giacchè la poliuria che esso determina è il primo sintoma di una irritazione renale la quale, aumentando,

giunge grado a grado fino alla nefrite mercuriale; il rene malato mal sopporta un trattamento così energico.

Un trattamento diretto degli edemi, a mezzo delle punture, non è quasi mai necessario nella nefrite cronica; tanto più che, a causa della bassa tensione del liquido, questo ha scarsissima tendenza a defluire. A tale trattamento si ricorre piuttosto quando alla affezione renale si unisce uno spiccato grado di debolezza cardiaca. Più spesso accade di dover vuotare un voluminoso idrotorace; ma è ormai noto come sovente l'idrotorace dei nefritici (che è più spesso localizzato a destra) tenda a riprodursi con grande rapidità. Il trattamento degli edemi mediante la produzione di abbondante sudore non è privo di pericoli, dando esso luogo non di rado all'insorgere di fenomeni uremici.

Per quanto riguarda la cura dell'uremia, l'A. dichiara di essersi sempre più convinto che molti mezzi comunemente adoperati (produzione di abbondante sudore, stimolazione dell'attività intestinale) non producono effetti migliori di quelli che si ottengono mediante la somministrazione dei medicamenti summenzionati. Solo il salasso è un aiuto prezioso in casi di uremia grave con coma e convulsioni, e specialmente in caso di edema polmonale. L'A. dichiara di non possedere esperienze personali intorno agli effetti della puntura lombare in casi di uremia. V. F.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medica di Parma.

Seduta del 14 febbraio 1913.

Prof. **Salvi** (a nome dello studente Stefani). *Sulla morfologia del musculus levator scapulae.* — L'O. riferisce di un'anomalia riscontrata alla dissezione a carico del m. levator scapulae, consistente: a destra in una divisione longitudinale completa e nella presenza di un fascio anomalo inserentesi alle prime due coste; a sinistra nella presenza di un fascio anomalo inserentesi alla prima costa ed al primo intercostale esterno. Prendendo partenza da queste anomalie il dissettore ritiene, contrariamente all'opinione della maggior parte degli anatomici, che a costituire il m. levator scapulae entrino elementi del terzo strato muscolare del dorso.

Prof. **Lanfranchi**. *Su l'attenuazione della virulenza dei tripanosomi nella milza.* — L'O. richiama una sua precedente comunicazione fatta alla IV Riunione della Società Italiana di Patologia in cui riferiva che l'estratto di milza di cavia morta di nagana, di fronte al sangue dello stesso animale, conserva la propria virulenza per un tempo minore (circa di un terzo). Prendendo le mosse da questi risultati, l'O. ha inoculato ai ratti degli estratti di milza di ratti morti di nagana il cui sangue diluito con soluzione citrosodica dava la morte in 48-60 ore, mentre i triponosimi comparivano nel sangue già dopo la 24ª ora. Tre ratti, inoculati con estratto di milza di animali morti da 52 ore, sopravvissero da 108 a 132 ore; tre inoculati con estratto di milza di animali morti da 18 ore sopravvissero da 144 a 156 ore. Altri ratti inoculati con miscele estratto di milza-sangue vennero a morte dopo 72-84 ore. Risultati analoghi l'O. ha ottenuto pure da esperienze *in vitro* operando colla milza di cani.

F. **Favero**. *Sulla proprietà emoagglutinante del siero morvoso.* — L'O. riferisce di aver applicato il fenomeno, studiato da Bordet e Gengou nel 1911, della coagglutinazione delle emazie di cavia in presenza di siero di cavia-anticoniglio e di siero di coniglio, entrambi inattivati, alla diagnosi della morva; ma, messo in contatto siero di cavallo morvoso e malleina o estratti di *b. mallei* in proporzioni da non avere il fenomeno della precipitazione e aggiunte emazie di cavia, non potè notare nessun fenomeno di agglutinazione.

F. **Favero**. *Sul potere catalitico del siero nella diagnosi della morva nel cavallo.* — Studiando il potere catalitico del siero di cavallo morvoso in confronto di quello sano, mettendo a contatto cmc. 2 di una soluzione di siero 1 % in soluzione fisiologica con 20 di H_2O_2 a 5 volumi, l'A. vide un maggiore sviluppo di O. per opera del siero morvoso.

Prof. **Lanfranchi** (per il dott. Nino Barbacini). *Su l'esistenza del mal rossino in provincia di Parma.*

Dott. **Finzi**. *Sul valore e sulla specificità della termoprecipitina di Ascoli nella diagnosi del carbonchio ematico.* — Riferendosi ad una precedente comunicazione sullo stesso argomento (già riferita nel *Policlinico*) l'autore aggiunge che anche l'estratto di milza di bovino morto di carbonchio per infezione naturale è precipitato dai differenti sieri specifici non anticarbonchiosi e da sieri normali riscaldati ed in minor grado dall'ovoalbumina.

L'O. aggiunge poi che tutti questi sieri danno una reazione zonale anche con soluzione fisiologica, con acqua distillata e con acqua potabile e maggiore se questi ultimi liquidi vengono debolmente acidificati.

Dott. **Silvan.** *Sopra un caso di aneurisma dell'arteria vertebrale.*

BRAGA.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 3 marzo 1913.

G. **Ronzoni.** *Sulla tubercolosi traumatica.* — Ricordato come ormai sia definito chiaramente lo stretto rapporto che intercede fra lavoro e tubercolosi, l'O. passa ad illustrare, in base alla sua esperienza clinica, l'importante questione dal punto di vista sanitario ed economico, dei rapporti causali fra trauma e tubercolosi.

Prova come i dati clinici e sperimentali appoggino la dottrina che dà al trauma un valore indiscusso nel determinare e favorire lo sviluppo delle malattie tubercolari. In questi casi le malattie tubercolari vanno considerate veri e propri infortuni di lavoro e come tali compensati proporzionalmente al danno che l'operaio riceve.

Riassunte le modalità pratiche che si possono presentare, esposte le difficoltà di valutazione delle conseguenze del trauma, specie riguardo alla capacità lavorativa, l'O. conclude indicando le due formule utili a risolvere nel campo pratico la questione: l'una che si limita alla valutazione caso per caso delle responsabilità del trauma, l'altra — radicale — che si collega colla assicurazione obbligatoria contro la malattia e la incapacità al lavoro.

Alla discussione, vivace, prendono parte il dottore Castiglioni ed i professori Devoto, Galeazzi e Carozzi. Le principali osservazioni mosse riguardano la difficoltà di stabilire praticamente nel malato lo stato anteriore di salute e, nel caso della tubercolosi polmonare, specialmente, se la sintomatologia postraumatica sia da considerarsi una vera e propria riacutizzazione.

Il prof. Galeazzi insiste poi sulla necessità di ponderar bene nel caso pratico il giudizio di tubercolosi traumatica.

L'O. risponde riconoscendo giuste le osservazioni mosse, da lui già sinteticamente lumeggiate nella esposizione. Ammette pure la limitazione affermata dagli O., le difficoltà e relatività di giudizio, le incertezze molteplici che il medico deve sentire di fronte alla pratica, ecc., sta però il fatto che fra trauma e malattie tubercolari possono decorrere rapporti tali da considerare queste causate o almeno molto favorite da quello.

Perussia. *Osservazioni intorno ad un caso di stenosi duodenale.* — L'O. presenta un caso di difficile interpretazione clinica, nel quale l'esame radiologico permise di precisare la diagnosi, mettendo in evidenza una stenosi del duodeno, a livello dell'angolo digiuno-duodenale.

Il caso, clinicamente, dimostra l'importanza del rilievo anamnestico, nell'ulcera del duodeno, anche là dove fa difetto il reperto obbiettivo. Radiologicamente, dimostra il valore che hanno nella diagnosi di stenosi duodenale i segni dell'ipertonia e dell'ipermotilità dello stomaco, il segno del totale riempimento dell'ansa duodenale prestenotica e della sua vivace peristalsi, in parte attiva, ed in parte inane e tale da far parzialmente rifluire il bismuto verso i segmenti prossimali del duodeno, ed infine il segno della stasi di bismuto nella porzione di duodeno a monte della stenosi. Nel caso in questione lo stomaco si svuotava con rapidità e precocità maggiori del normale, e questo probabilmente perchè la stenosi era ottimamente compensata dall'ipertonia e dall'ipermotilità dello stomaco e del duodeno al di sopra della stenosi, e perchè il chimo, ben fluidificato, non doveva trovare grande ostacolo al passaggio anche attraverso al punto ristretto situato molto in basso. Il ritardo nel tempo di svuotamento dello stomaco, che da alcuni autori è stato rilevato in casi di stenosi del duodeno, va probabilmente riferito a stadii di scompenso con ipotonia e dilatazione dei segmenti prestenotici e spesso a sede alta della stenosi, sì da comportarsi come stenosi del piloro.

Solaro. *Osteo-sarcoma della ghiandola tiroide.* — Tumore appartenente ad un uomo di 46 anni, a tipo di sarcoma fusocellulare, con estese zone di tessuto osteode, osseo, cartilagineo.

L'O. mette in rilievo l'interesse del caso, data la rarità della forma, e ne dimostra l'interpretazione anatomo-patologica e la patogenesi.

C.-B.

R. Accademia medica di Padova.

Seduta del 28 febbraio 1913.

Presiede il prof. **A. Stefani.**

G. A. Pari. *Sulla sierodiagnosi della gravidanza secondo l'Abderhalden.* — Le ricerche che ho eseguite col nuovo metodo di sierodiagnosi della gravidanza proposto dall'Abderhalden (consistente nella dimostrazione di prodotti di scissione dell'albumina, per mezzo delle reazioni del biurete e della ninidrina, nel dializzato del siero di donna gravida a cui siano commisti dei pezzetti di placenta bollita) mi hanno persuaso dell'estrema de-

licatezza del metodo e della grande facilità che la minima trascuranza porti a risultati errati.

Non basta accertarsi che i tubi da dialisi siano impermeabili all'albumina (reazione del solfo-salicilato acido di sodio) e permeabili ai suoi prodotti di scissione (reazione della ninidrina): occorre scegliere quei tubi che hanno lo stesso grado di permeabilità per i prodotti di scissione dell'albumina, sottoponendo alla dialisi una soluzione titolata di peptone Witte. Su una fornitura di 25 tubi da dialisi n. 579 della casa Schleicher e Schüll, io trovai soltanto 10 tubi che dimostravano costantemente una permeabilità eguale tra loro e superiore alla precedente. Gli altri tubi o erano pochissimo permeabili, o non potevano esser raccolti in una serie di permeabilità uniforme.

Relativamente al tessuto placentare bollito, trovai, concordemente con quanto afferma l'Abderhalden in una sua nota di tre giorni or sono, che solo molto lentamente vi si riformano spontaneamente sostanze dializzabili che diano la reazione della ninidrina, e che perciò con il tessuto placentare preparato una volta si possono proseguire le ricerche per parecchio tempo.

Questa possibilità mi fu dimostrata dall'esperienza eseguita mettendo in 5 tubetti da dialisi una soluzione titolata di peptone ed in altri 5 la stessa soluzione più la placenta preparata da quindici giorni: la prova della ninidrina nel dializzato riuscì uniforme per i quattro tubetti.

Però anch'io trovai essere norma di necessaria prudenza far bollire di nuovo per ogni esperienza la quantità di placenta occorrente, fino ad ottenere negativa la reazione della ninidrina: anzi io adottai, per eccesso di cautela, le norme di far bollire i pezzetti di placenta ancora una volta di più dopo aver ottenuta negativa la reazione.

Non potrei accordare egual grado di fiducia ad esperienze eseguite con altri tessuti, anche se preparati da breve tempo. Il giorno 22 io preparai dei pezzetti di fegato e di rene nello stesso modo dei pezzetti di placenta e fino a reazione della ninidrina negativa: ora l'acqua bollita in cui furono conservati (con toluolo) dà una reazione della ninidrina così intensa, che dimostra abbondanti processi di scissione spontanea intervenuti nel frattempo, cosicchè io sono costretto a non dare alcun valore alle molteplici esperienze che avevo eseguito in questi giorni con questo materiale, perchè mi ero fidato della brevità del tempo trascorso dalla preparazione e quindi non avevo sottoposti i tessuti a nuova bollitura prima dell'esperienza.

Anche dopo sottoposto il tessuto placentare a nuova bollitura prima dell'esperienza di dialisi, ed averlo trovato esente da prodotti di scissione capaci di dare la reazione della ninidrina dovendo tenere il materiale per 16 ore in termostato, ove nuove scissioni possono avvenire, è bene mettere insieme dei controlli cioè un tubetto contenente un pezzetto di placenta (tagliuzzato) con soluzione fisiologica od altro liquido indifferente.

Con le cautele ora ricordate, ho eseguite alcune reazioni. Le scarse prove con sangue di donna gravida che ho avuto occasione di eseguire non infirmano il valore della reazione: tutt'al più posso dire che in una donna, degente nella nostra divisione clinica con anemia e lievi fenomeni cardiopatici, gravida in quinto mese, la reazione riuscì molto debole.

Invece la specificità della reazione può essere scossa da qualche reperto positivo ottenuto in altre condizioni, sperimentali o cliniche, in individui non gravidi.

Non ho ancora dati sufficienti per pronunciarmi sulla frequenza di questi casi.

Truzzi. Studi ulteriori sono necessari perchè la diagnosi biologica della gravidanza possa basarsi su dati, che abbiano valore di specificità.

Fontana. *Cento malati curati con la transtermia.* — Delle forme nervose ho curato 15 casi di neuralgie, sei cervicobrachiali, una del trigemino, sette dello sciatico, una del crurale. La neuralgia del trigemino fu curata per troppo breve tempo per poter trarre conclusioni: è però ben certo che con cinque sedute fatte con piccoli elettrodi (un cent. di raggio) nei punti di uscita del nervo si ebbe una notevole sedazione del dolore.

Poche sedute (otto o dieci) sono bastate nelle altre forme a vincerle, solo nelle prime sedute si ebbe in qualcuno una modica riacutizzazione.

In un solo caso (nevrite incipiente) sono occorse diciotto sedute per far scomparire completamente il dolore ischialgico

Sono le neuralgie, le mialgie e miositi e le malattie delle articolazioni che maggiormente si prestano ad esssere trattate con la diatermia.

È necessario però estendere a molti malati e a molte forme morbose le esperienze con questo nuovo metodo terapeutico per ottenere indicazioni più complete e forse più numerose.

Il prof. **Siccardi** riferisce come egli abbia ottenuto in forme nevralgiche e mialgiche e artritiche d'origine uricemica risultati buoni.

Pozzo A. *Cancro mammario e secrezione ematica. Un caso di « blutende Mamma ».* — L'A. ricorda come recentemente il Mintz abbia voluto raggruppare sotto la denominazione generica di « catarri sierosi della glandola mammaria » dei casi clinici nei quali una secrezione abnorme sierosa del capezzolo di una glandola mammaria avvicendan-

tesi o terminante in una secrezione siero-ematica sarebbe stata per lungo tempo l'unico sintomo di iniziantesi neoplasma (il più delle volte trattavasi di cisto-adenoma semplice o papillifero) suscettibile di trasformarsi, o talora addirittura degenerarsi, in neoplasma maligno. Il Mintz non accenna al valore dato a tale sintoma nella mastite cronica interstiziale (Reclus) e nell'epitelioma dendritico od intracanotridan (Cornil).

L'A. porta un caso di « blutende Mamma » in cui il reperto istologico era quello di un carcinoma alveolare del seno, presentando, come particolarità degne di nota, degli stravasi sanguigni e dei canalicoli ematosi ripieni di sangue amorfo o ben riconoscibile nei suoi elementi; e sulla scorta di tale caso invita alla disamina delle osservazioni raccolte nella letteratura, crede che il catarro siero-ematico della glandola mammaria non possa, a stretti rigori, interpretarsi come esponente di uno speciale stato morboso che andrebbe sotto il nome di « catarro della mammella » e che potrebbe evolvere fino alla costituzione di una neoplasia maligna (Mintz) nè come segno proprio della mastite cronica cistica o del cisto-adenoma o dell'epitelioma intracanalicolare, potendo esso corrispondere all'istituirsi od all'evolvere di forme morbose varie il cui ulteriore sviluppo conduce, nella maggior parte dei casi, al carcinoma, o pretende addirittura rappresentare un sintomo di cancro vero e proprio. Esso è pertanto sintoma proprio per la profilassi del cancro del seno.

Mario Giovanni. *Carcinomi e febbre*. — Considerando come nell'anamnesi dei pazienti effetti da carcinomi, o nel decorso di questi, si ritrovò più spesso di quanto si creda la comparsa del fatto febbrile, mi sono accinto a studiarlo, sia nelle varie teorie poste in campo a tentarne la spiegazione, sia col corredo di una centuria di casi. L'O. dopo aver tentata una storia della febbre carcinomatosa come è esposta da vari autori, accenna alle varie teorie con cui, a mano a mano, si è tentato darne la spiegazione. E cioè il riassorbimento dei prodotti di metamorfosi regressiva delle cellule del blastoma, la digestione parenterica delle proteine, l'anemia che è solito presentare l'organismo affetto, le infezioni concomitanti del neoplasma, l'esaltamento della virulenza dei germi intestinali e polmonali. Negata la possibilità che una sola o l'unione di queste varie cause possono produrre da sole il fenomeno febbrile, passa ad esporre la necessità che ad esse sia aggiunta una importantissima causa, quasi sempre trascurata, quella data dai parassiti, fattori etiologici dei carcinomi. Con questa allora si riesce a spiegare i non pochi casi di febbre all'inizio del processo, o talora anche quando questo ancora non è diagnosticabile coi nostri mezzi d'indagine, o quando l'emocultura o il tessuto stesso del neoplasma si sono dimostrati sterili. Passando poi a trattare della possbilità della comparsa di una tale febbre nei neoplasmi benigni, nega l'entità *febbre miomatosa*, ed in generale febbre da neoplasma benigno, ammessa da taluni, poichè in tal caso la febbre si ritrova solo se v'è trombosi nelle vene, o rammollimento, o infezione, e la comparsa e il decorso ed il tipo ben la differenziano dalla *febbre carcinomatosa*. Questa poi l'A. studia in cento casi, in cui era da eliminare ogni causa, all'infuori del carcinoma, capace da sola a dar luogo ad elevamento febbrile. Egli riporta poi le tabelle e le grafiche, e da tale statistica deduce che la febbre carcinomatosa si ritrova nel 60 % dei casi.

Lucatello. Lo studio della febbre nel decorso dei tumori è importante anche dal punto di vista diagnostico.

In taluni casi di febbre criptogenetica la conoscenza di questi movimenti termici può essere guida alla diagnosi esatta, specialmente se riusciremo a stabilire un *tipo febbrile neoplastico*. Orbene, esaminando le tabelle termografiche, che corredano il lavoro del valoroso disserente, ne noto parecchie che offrono chiarissimi esempi di *febbre remittente*, come ho precisamente segnalato tre anni or sono al Congresso di Medicina interna di Milano per alcuni casi di tumore maligno della pleura. Nell'interesse della diagnostica clinica raccomando per ciò queste ricerche sul tipo febbrile, distinguendo naturalmente le febbri dei tumori chiusi da quelle dei tumori aperti all'esterno, nei quali i fattori piretogeni possono di molto variare.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il valore diagnostico della reazione di agglutinazione nella febbre melitense.

La specificità della reazione d'agglutinazione nella febbre melitense è stata vivamente combattuta, tanto che ad essa, così come d'ordinario si pratica, Carrieu e Anglada (*La Presse méd.*, 2 novembre 1912) attribuiscono il valore d'una *reazione aleatoria e talora erronea*.

L'appunto principale consiste nel fatto che sieri normali possono dare il fenomeno d'agglutinazione micro- e macroscopica a titolo abbastanza elevato: 1:10-1:200 ed anche più alto.

Per riparare ad errori possibili si sono consigliati vari espedienti: quello d'innalzare il titolo d'agglutinazione, non considerare cioè come agglutinazioni specifiche se non quelle superiori ad 1:200.

S'è visto però che, a malgrado della modificazione, possono sfuggire così sieri di individui affetti da melitense (controllo culturale) e far rientrare tra i malati melitococcici quegli individui che, affetti da altra malattia, presentano un siero a potere agglutinante superiore all'1:200.

Dopo la constatazione che il fenomeno poteva dipendere da caratteri propri al campione di micrococco usato, Saissarva ha consigliato di fare la prova con diversi stipiti; se l'agglutinazione è specifica, l'A. ritiene che, oltre al titolo d'ordinario elevato, si vedono tutti gli stipiti reagire agglutinando con lievi variazioni, mentre i sieri normali presentano variazioni considerevoli. Tali ricerche hanno confermato il Carrieu e l'Anglada. Inoltre hanno indagato se il concetto di Nègre e di Reynaud delle agglutinine specifiche e banali poteva essere utile per la diagnosi di melitense.

Secondo Nègre e Reynaud, l'agente dell'agglutinazione banale coi sieri normali sarebbe un'agglutinina non specifica distrutta con l'invecchiamento o col riscaldamento del siero a 56° per mezz'ora: una siero-agglutinazione quindi che si produce con un siero riscaldato è specifica; se il riscaldamento del siero distrugge la proprietà agglutinante, il siero non è specifico.

Le esperienze di Carrieu e Anglada, salvo qualche contraddizione inesplicabile agli stessi AA., confermano il concetto di differenziazione tra agglutinine specifiche e banali di Nègre e Raynaud.

Prima di porre la diagnosi di melitense quindi è necessario circondarsi delle più scrupolose cautele: la reazione avrà un certo valore, sebbene nemmeno assoluto, soltanto:

1° se si trova un titolo agglutinante elevato;

2° se l'agglutinazione si verifica su culture di differenti stipiti;

3° se dopo il riscaldamento a 56°-58° del siero per ½ ora l'agglutinazione persiste.

L'associazione di queste tre tecniche, più che l'impiego sistematico d'una sola di esse, accorda, con qualche riserva, grande valore alla ricerca diagnostica.

t. p.

Fissazione del complemento nelle affezioni gonococciche.

Il Grandwohl, seguendo la tecnica di Neil e Schwartz ed il metodo di Wassermann, ha ricercato la fissazione del complemento in 50 casi, coi seguenti risultati:

1. La reazione è eccellente per diagnosi di affezioni gonococciche latenti.

2. Non esiste nelle uretriti anteriori, perchè in queste non si formano anticorpi. Nelle uretriti posteriori compare non prima della terza settimana.

Se l'infezione è superficiale, gli anticorpi tardano a fabbricarsi; nelle localizzazioni profonde si formano più precocemente.

3. La reazione è specifica per le affezioni gonococciche.

4. Giova ricorrere ad essa nei casi di diagnosi dubbia.

5. La reazione che da positiva diventi negativa indica la guarigione dell'infezione: ciò si ha circa 30 giorni dopo la guarigione clinica della malattia.

6. È particolarmente preziosa nella donna, nella quale spesso la diagnosi è difficile ed incerta. È utile in medicina legale.

7. Può servire a differenziare la natura delle affezioni pelviche della donna.

(*American Journal of Dermat. and Genito-Urin. Diseases*, giugno 1912). *P. S.*

CASISTICA.

Contributo allo studio delle malattie midollari per accidenti del lavoro.

Un individuo di trenta anni fu inviato ad Erb per una controperizia a causa di una amiotrofia dell'arto superiore destro consecutiva ad un lieve traumatismo della mano destra sopravvenuto diciotto mesi prima.

La prima perizia negava qualunque rapporto tra l'accidente e l'affezione consecutiva. Il trauma

consisteva in uno sforzo fatto colle forbici nel tagliare un tralcio di vite: l'individuo avvertì un violento dolore nell'eminenza tenare di destra. La contusione che non s'accompagnò nè a rossore, nè a gonfiore nè a suffusione sanguigna perdette il suo carattere doloroso dopo una o due settimane.

Il malato continuò a lavorare servendosi anche dell'arto superiore destro, ma preferendo il sinistro. Due o tre mesi dopo apparvero una debolezza ed un'atrofia dei piccoli muscoli della mano che andò diffondendosi verso la spalla e predominando nei flessori: l'atrofia era accompagnata da reazione degenerativa ma non da disturbi sensitivi. La diagnosi clinica era evidente: si trattava d'una amiotrofia spinale progressiva, in cui l'Erb, come in due casi già precedentemente pubblicati, non esita a vedere un rapporto diretto tra trauma e malattia consecutiva. Per lui non sarebbe stata responsabile la contusione insignificante della mano ma piuttosto il lungo lavoro dell'arto superiore e lo sforzo che provocò la contusione. Egli crede che il surmenage provochi alterazioni molecolari delle cellule delle corna anteriori che se non sono compensate da un riposo sufficiente possono determinare una comparsa progressiva di esse (teoria del consumo di Edinger).

(Erb. *Deutsche Zeitschr. für Nervenhk.*, 1912).

P. A.

Contusione cerebrale e puntura lombare.

La puntura lombare è mezzo prezioso diagnostico, talora è utile ausilio curativo nelle affezioni infiammatorie e nei traumatismi del cranio. Il dott. Tapie comunica alla *Società di medicina di Tolosa* un caso assai dimostrativo di contusione cerebrale, nel quale la puntura lombare fu decisiva per il miglioramento rapido e per la guarigione graduale del malato.

Si trattava di un uomo caduto da cavallo che avea battuto col capo sul terreno duro; in risoluzione muscolare completa, pronunziava qualche parola non intelligibile, avea avuto vomito, non avea ferite in nessuna parte del capo, ad eccezione del cranio in cui si notava a livello della regione temporo-parietale destra un'enorme bozza sanguigna; il cuoio capelluto era scollato per circa 8 centimetri, l'ematoma era voluminoso. Non soluzioni di continuo sulla cute, non segni di frattura, non ecchimosi congiuntivale, non scolo sieroso nè emorragico dall'orecchio. Polso 70, temperatura 37°. A malgrado delle applicazioni del ghiaccio sul capo, di senapismi degli arti, non v'ha miglioramento sensibile nel giorno seguente. Persiste lo stato di torpore al 4° giorno; comincia quindi uno stato di incipiente agitazione, la coscienza oscura, temperatura 36°.2, il polso caduto a 50-52 pulsazioni; accenno al respiro di Cheyne-Stokes; non esistevano segni di frattura delle ossa, l'autore dinanzi ai segni progressivi della compressione endocranica ricorre alla puntura lombare: esce liquido rosso, a forte pressione, ne estrae 30 grammi. La compressione endocranica, sospettata clinicamente, esisteva dunque, ed era dovuta ad uno stravaso sanguigno; lo stato di commozione era dovuto ad una contusione del cervello: non segni di lesione a focolaio, l'emorragia meningea, rivelata dalla puntura lombare, doveva essere a nappo, forse per una emorragia sottoaracnoidea.

Dopo la puntura il miglioramento fu rapido e sensibile; la sera il polso 64, la temperatura 37°.5. Nella notte 38°. L'intelligenza comincia a svegliarsi con grande rapidità, tre giorni dopo essa era perfetta.

Per la guarigione definitiva non fu necessaria nessun altra puntura lombare. *t. p.*

Su un piccolo segno della meningite sifilitica basilo-spinale.

Audry (*La Prov. méd.*, 30 nov. 1912) riferisce un caso di meningite sifilitica basilo-spinale, in cui l'unico segno per un certo pericolo di tempo è stato il seguente: la flessione della testa determinava costantemente una scossa subbiettiva negli arti inferiori. Il paziente era un sifilitico, che da 7-8 anni non presentava segno alcuno dell'infezione. Ricorre all'A. accusando solo il disturbo accennato. L'esame obbiettivo dell'Audry, quello praticato da un altro medico, professore della facoltà di medicina, riscontrarono normale il sistema nervoso e gli organi. Dopo 15 giorni al disturbo s'era aggiunto una diminuzione dell'acuità visiva. Una settimana dopo i fenomeni d'amaurosi sono rapidamente cresciuti; diminuzione del campo visivo, emeralopia. Un oculista diagnostica papillite doppia. Sopravvengono poliuria, agitazione, insonnia, ecc., con tutti i segni di una meningite della base, che fu grave e guarì solo dopo parecchi mesi, lasciando una considerevole alterazione nella funzionalità visiva. Il caso clinico ha questo particolare interesse: la meningite era insorta e decorsa per qualche tempo con un sintoma unico (scosse subbiettive agli arti inferiori ogni volta che il paziente abbassava la testa) non descritto dagli autori, tra i sintomi di affezioni morbose della base. *t. p.*

Contributo allo studio delle vie anatomiche del riflesso achilleo e sul valore clinico di queso riflesso.

Il Sarbo (*Neur. Centralbl.*, 15 febbr. 1912) riferisce di un malato il quale in seguito a caduta sulle natiche avvertì come un senso di scorrimento di liquidi lungo la faccia posteriore della

coscia sinistra, sensazione che si ripeteva ciascuna volta che l'ind viduo defecava, aveva erezione e compiva il coito. L'esame obbiettivo addimostrò la presenza soltanto di ipoestesia nella caviglia esterna e nel dorso del piede sinistro e l'abolizione del riflesso achilleo dallo stesso lato. In conseguenza l'A. pensa che fra i due disturbi intercedano dei rapporti stretti ed abituali, rapporti confermati da numerose osservazioni cliniche citate al proposito e crede con Müller e Kocher che il territorio ipoestesico del malato in parola sia innervato dalla II radice sacrale. Anzi è precisamente il nervo accessorio del safeno esterno (*N. cutaneus surae lateralis*) branca del safeno esterno (*nervus sacralis*) che si porta a questa zona. La via motrice del riflesso achilleo sarebbe rappresentata dal nervo tibiale (che nnerva i gemelli ed il solco), la via sensitiva segue il medesimo tronco nervoso. La trasmissione sensitivo-motrice midollare che dà luogo al riflesso achilleo si farebbe a livello del segmento da cui si origina la seconda radice sacrale.

Si potrebbe osservare al proposito che l'A. abbassa in tal modo il livello spinale del riflesso in parola che per lo passato si localizzava in genere in corrispondenza del V segmento lombare o del I acrale.

Circa il significato dei disturbi del riflesso achilleo il Sarbo opina che abbiano la stessa importanza di quelli del riflesso rotuleo.

(*Revue Neurol.*, 15 maggio 1911).

TR.

I riflessi nel feto.

Il dott. Krabbe di Copenaghen ha avuto occasione di poter esaminare i riflessi in un feto, ed ha potuto rilevare fatti non privi di interesse, specialmente teorico, per ciò che riguarda lo sviluppo dei fasci nel cervello e nel midollo. Si trattava di un feto femminile vitale, di quattro mesi, che fu esaminato al momento stesso dell'aborto.

La puntura di spillo sulla faccia non provocò alcuna reazione, come pure non si ottenne risposta battendo sui tendini dei muscoli degli arti superiori. Si aveva invece risposta battendo sul muscolo stesso, e specialmente sul pettorale, il cui eccitamento provocava un'adduzione rapida dell'arto corrispondente. Vi erano pure i riflessi addominali, tanto da provocare un rientramento nell'addome del funicolo ombelicale. Assente il riflesso cremasterico femminile. Assenti i rotulei e gli achillei, come non si ottenne risposta dalla percussione diretta dei muscoli della coscia e della gamba. Assente l'Oppenheim. Plantare normale. Anale assente. I riflessi scomparvero a poco a poco nell'agonia del feto, che morì mezz'ora dopo l'aborto.

Da questo unico esame in proposito non è certo lecito trarre conclusioni, ma ha interesse specie per ciò che riguarda la presenza degli addominali e la normalità del plantare.

SABATUCCI

TERAPIA.

I cicatrizzanti.

Alessio Carrel ha dischiuso un nuovo e fertile campo alla scienza riuscendo a realizzare in modo incontestabile la coltura dei tessuti animali « in vitro ».

Il geniale investigatore ha tentato di trarne subito delle indicazioni definite sui mezzi atti ad attivare il processo di cicatrizzazione (*The Journal of exper. Medicine*, genn. 1913).

Sin dal 1907 egli si era posto l'importante problema ed aspirava a risolverlo.

I suoi primi esperimenti furono condotti « in vivo ». Ad esempio, egli potè riconoscere che nel cane l'estratto di tiroide esercita un potere « istiogeno » marcato su le soluzioni di continuo della cute e del periostio.

Nel corso del 1912 l'A. ha eseguito una interminabile serie di ricerche diligentissime « in vitro » su frammenti di cute, periostio e cuore, prelevati sovratutto da polli, in parte anche da conigli e da cani.

Ha potuto così assodare che lo sviluppo del connettivo viene accelerato (persino di quaranta volte!) in presenza degli estratti di alcuni tessuti. Risposero meglio allo scopo i tessuti di embrione, quasi allo stesso grado il sarcoma e la milza, furono poco attivi il fegato e il cuore, quasi inerti il connettivo ed i corpuscoli sanguigni.

***

Il « potere istiogeno » degli estratti di tessuto veniva attenuato alla temperatura di 56° C. e distrutto alla temperatura di 70° C.; era ridotto dal Berkefeld e soppresso dal Chamberland. Fatto notevole: si mostrava decisamente specifico, ossia si esercitava soltanto od in prevalenza sui tessuti che appartenevano ad animali della stessa specie di quelli che avevano fornito l'estratto.

Tutte queste proprietà fanno supporre l'intervento di principî specifici di natura enzimatica.

Il Carrel non ha tentato di accertare la specie chimica delle sostanze impegnate nel fenomeno; ma risulta evidente che tra gli estratti più attivi da lui sperimentati erano quelli dei tessuti *a rapido sviluppo* — embrionali e neoplasici — i quali si distingono per il contenuto di *allantoina.*

La conclusione alla quale volevamo pervenire è questa: non può escludersi che l'allantoina abbia *una parte* forse *non trascurabile* nel fenomeno.

***

Ora, interessa notare che la presenza dell'allantoina (glicoxildiureide) è stata dimostrata nel rizoma della consolida, una pianta che godette di straordinaria riputazione un tempo quale *vulneraria*, ossia per favorire il rimarginarsi delle soluzioni di continuo (ferite, piaghe, ulcere) e il consolidarsi delle fratture, nonchè per il trattamento di affezioni croniche di varia sede e natura (blenorragia, leucorrea, diarree, angine, gastralgie, ecc.). Continua ad essere ancora in voga nella medicina familiare. Figura tra i *semplici* più accreditati.

Un medico inglese, il dott. Macalister, ha voluto accertare la realtà di queste presunte virtù terapeutiche della consolida e indagare a quali sostanze fossero eventualmente da ascrivere.

A sua istanza e per suo incarico due chimici, Titherley e Cottin, dell'Università di Edimburgo, hanno eseguito (*Liverpool Medico-Chirurgical Journal*, genn. 1912) alcune analisi sul rizoma di consolida, dal quale hanno potuto isolare e individualizzare l'allantoina nella proporzione del 0.8 %. Le prove cliniche ulteriori avrebbero dimostrato che alla sola allantoina spetterebbe il compito di cicatrizzante; l'intervento di altri principî attivi sarebbe da escludere.

Il valore dell' allantoina quale cicatrizzante sembra risultare anche da un fatto assai strano riferito nel *Medical Record* (11 genn. 1913): cioè un ingrediente dei più antichi rimedi vulnerari era l'urina dell'uomo o degli animali, specialmente quella dei neonati, la quale è relativamente ricca di allantoina.

Vi si ricorre ancora nella medicina popolare (anche in varie parti d'Italia).

Prima delle ricerche poc'anzi riferite nulla sarebbe sembrato più ributtante ed assurdo che medicare le ferite con l'urina; oggi quest'uso viene ad essere in qualche modo giustificato ! !

***

Sull'efficacia terapeutica della consolida e dell'allantoina quali cicatrizzanti sono state riportate molte prove cliniche da parecchi medici inglesi, Macalister, Bramwell, Wallace, Kidston, Murray ed altri (*British med. Journal*, 6 e 13 genn. 1912).

Ulcere torpide, le quali avevano resistito ad altre cure, guarivano; fistole che duravano da anni si chiudevano; persino ulcere rodenti tipiche venivano influenzate molto favorevolmente. Se ne sono vantati i successi anche nelle ulcere gastriche e duodenali, nelle ulcere corneali, nelle scottature. Se n'è preconizzato l'uso per assicurare l'attecchimento degl'innesti cutanei.

La consolida si è comprovata utile anche contro le gastralgie, i dolori gottosi, il prurito anale, ecc. Queste azioni curative puramente sintomatiche non debbono probabilmente ascriversi all'allantoina, ma a principî analgesici ed astringenti.

***

Per chi s'inducesse a provare questi rimedi non saranno inopportune — crediamo — alcune indicazioni complementari.

La consolida porta il nome botanico di *Symphytum officinale*; sinonimo antiquato è *Consolida major*.

Symphytum officinale (da BRAMWELL).

Cresce spontanea in tutta Italia ma specialmente in quella settentrionale. Preferisce i luoghi umidi, come le rive dei fiumi, dei ruscelli, i fossi, le paludi. Può raccogliersi ad esempio lungo molte marrane dell'Agro Romano.

È edule. Una specie affine la quale raggiunge proporzioni gigantesche (*S. caucasicum*) viene coltivata come foraggio nella Lombardia, nelle Puglie, ecc.

Come tutte le borraginee, alla cui famiglia appartiene, questa bella pianta erbacea è ruvida ed irta di peli. Ha foglie grandi, allungate e come piegate in due lungo la nervatura (alla forma delle foglie deve probabilmente i nomi volgari di orecchio d'asino, lingua di bue). Le foglie basilari possono essere alquanto più slargate.

Comincia a fiorire verso il principio di aprile e la fioritura continua per molta parte dell'anno. L'infiorescenza è bianca volgente leggermente al citrino, ovvero violacea.

Il rizoma penetra profondamente nella terra; è carnoso; è nero alla superficie e biancastro internamente; ha sapore mucilaginoso, talvolta un po' aspro e dolciastro; è quasi inodore. Gli erboristi e i rizotomi lo raccolgono avanti l'autunno, lo tagliano nel senso della lunghezza e lo fanno seccare. Nell'essicamento perde molta parte del peso (si riduce da 7 a 2), in causa del ricco contenuto d'acqua.

L'allantoina si presenta in cristalli trasparenti incolori. È poco solubile nell'acqua fredda (0.8 % circa a 18°); la sua solibilità cresce rapidamente riscaldando l'acqua. È poco solubile anche nell'alcool.

È costosa; ma si utilizzano soluzioni acquose necessariamente diluite le quali vengono a costare abbastanza poco.

La consolida e l'allantoina non si trovano nel commercio corrente; ma la prima può aversi da C. Erba; la seconda da Merck o da Schuchardt.

***

Il rizoma di consolida è stato usato dai medici inglesi quale cicatrizzante in più modi.

Quando è allo stato fresco viene raschiato o sminuzzato e fornisce così una *pasta*. Si può sterilizzarla a bagnomaria dopo avervi aggiunto un po' d'acqua.

Quando è allo stato secco se ne prepara un *infuso* od un *decotto* piuttosto concentrati (debbono avere consistenza gelatinosa) od un *estratto acquoso* saturo.

Questi prodotti si applicano imbevendone del cotone o della garza. Disseccando, aderiscono alla parte malata, per modo che poi si riesce a staccarli solo trattando la parte con acqua calda.

Questo inconveniente manca all'allantoina pura, la quale si applica in soluzioni acquose al 0.3-0.4 %.

L'uso di questi cicatrizzanti non dev'essere indiscriminato; ad esempio, se in profondità ha sede un focolaio purulento che si scarica all'esterno sarebbe dannoso favorire la cicatrizzazione superficiale; converrebbe piuttosto facilitare l'eliminazione del pus, per es. coi fluidificanti, come il citrato di soda.

Oltre che per le medicature il rizoma di consolida e l'allantoina possono usarsi *per os* nelle affezioni gastro-intestinali (ad esempio si prepara una decozione con 10 g. di rizoma secco o 30 g. di rizoma fresco su 200 d'acqua e si edulcora; eventualmente si rafforza con allantoina, come pratica Macalister), per gargarismi nelle affezioni della gola, ecc.

(24)

***

I rimedi detti *vulnerari* o *consolidanti, cicatrizzanti, incarnativi* erano molto in onore nell'antica medicina.

È probabile che agissero in parte attivando la cicatrizzazione (grazie al contenuto di allantoina e forse di principî enzimatici); in parte come antisettici, astringenti, analgesizzanti, ecc.

Tra essi la consolida (*Symphytum officinale*) e la vulneraria (*Anthyllis vulneraria*) occupavano il primo posto: erano i vulnerari per antonomasia; dovevano il loro nome appunto alla virtù terapeutica che veniva loro attribuita.

Conviene essere prudenti nel valutare tutte le azioni terapeutiche non largamente comprovate. Si richiederanno dunque molti controlli. Ma desta un senso di sollievo in quest'epoca di chemoterapia e di opsonoterapia, di cataforesi e di alta frequenza, tornare a rimedi così semplici e volgari come la lingua di bue.

L'esempio non è nuovo. La vecchia medicina vantava altri rimedi che erano stati a torto abbandonati e spregiati ma che le indagini scientifiche e cliniche più diligenti hanno finito per dimostrare efficaci, dalle coppette alle frizioni e ai panni caldi. Ne è stata rimodernata, perfezionata e qualche volta inutilmente complicata la tecnica, si è tentato di determinarne il dinamismo, ne sono state fissate le indicazioni; ma si tratta di rimedi già noti.

Come dice His, la odierna medicina non si limita a scoprire il nuovo ma ci presenta anche « il vecchio sotto nuova luce ».

VERNEY.

IGIENE

I metodi internazionali per il controllo del latte.

(BARTHEL et JENSEN. *Revue générale du lait*, oct. 1912) (1).

Quattro condizioni sono necessarie e sufficienti a essere prese in considerazione per il controllo del latte: 1° *Composizione normale*; 2° *Innocuità*; 3° *Aspetto buono*; 4° *Possibilità di conservazione*.

Per *composizione normale* si deve intendere che il latte presenti una quantità normale di grassi e di estratto secco, e una acidità e un potere di coagulazione normali.

Per *innocuità* devesi intendere che il latte sia esente da batteri patogeni, tossigeni e da sostanze tossiche.

(1) Riprodotto in: L'Hygiène de la viande et du lait, Févr. 1913.

Per *aspetto buono* si deve intendere che il latte sia munto con le regole di una sufficiente nettezza, e che abbia gusto, odore e aspetto normale.

Conservabilità si considera la proprietà del latte di potersi conservare per un certo tempo inalterato, anche se si viene a trovare in condizioni non favorevolissime.

Per quel che concerne la composizione, essa si giudica coll'analisi chimica; tale analisi è facile poichè al presente si posseggono metodi comodi ed esatti.

Il controllo dal punto di vista della nocuità è più delicato. Per ciò fare è necessaria l'ispezione veterinaria delle località di produzione e l'esame medico delle persone che manipolano il latte, dalla mungitura alla consumazione. Le malattie delle mammelle sono quelle che portano maggiori perturbamenti al latte; la ricchezza in leucociti e in batteri è pure un segno importante. Generalmente il latte delle vacche malate alle mammelle diviene più alcalino all'esame del tornasole o dell'acido rosolico; ma nella mammite streptococcica contagiosa il latte diviene acidissimo. La prova leucocitaria di Trommsdorff, l'esame microscopico del sedimento, la prova della catalasi e l'esame quantitativo dell'acidità forniscono sovente delle informazioni utili anche prima dell'apparire dei segni clinici.

Quanto all'aspetto esso è giudicato dal gusto e dall'odorato. Spesso il latte ha un *odore di stalla* e contiene particelle di escrementi depostesi nei vasi, indice sicuro che il produttore non ha usato la precauzione elementare di filtrare il latte su cotone.

Il dosaggio dell'acidità può dare buoni criteri per giudicare della conservabilità.

Per fare il conto dei batteri del latte se ne distende una misurata quantità sopra una superficie nota di un porta-oggetti, si secca, si sgrassa al cloroformio e si colora al bleu di metilene; indi si contano i germi di una cinquantina di campi microscopici e se ne estrae la media. Questo metodo è assai più lungo ma più sicuro di quello della riduttasi, che consiste a mecolare al latte una soluzione di bleu di metilene senza formolo. Un latte senza molti microbi non decolora il bleu, mentre la presenza di molti microbi produce una decolorazione. Ma tutti i microbi non hanno un egual potere riduttore e questo è sovente piuttosto un criterio di virulenza più che di presenza. Dott. GOD.

VARIA

I danni del cinematografo. — Il dott. M. Gould rileva sul *Journal A. M. A.* che, dopo aver assistito ad una recita cinemotografica, si avvertono spesso vari disturbi: stanchezza, incapacità al lavoro, insonnia, disturbi digerenti, con molta frequenza anche male di capo che può assumere la forma di emicrania (nelle sue varie modalità).

Egli attribuisce questi disturbi alla stanchezza oculare; infatti sono più gravi negli individui colpiti da vizi di refrazione non corretti.

L'A. li mette specialmente in rapporto: 1° con l'oscillazione delle immagini; 2° con la deficiente continuità dei movimenti proiettati, dovuta allo scarso numero d'immagini nell'unità di tempo (16 per secondo), la quale si rende sovratutto sensibile nei movimenti rapidi; 3° con la scarsa luminosità di alcune proiezioni.

Ritiene che un perfezionamento della tecnica, l'uso di buone lenti e la minore durata delle sedute possano far scomparire gl'inconvenienti segnalati.

La somma totale di sofferenze cagionate dal cinematografo risulterebbe enorme..., considerando che nei soli Stati Uniti d'America si calcola che funzionino da 11,000 a 20,000 cinematografi (ossia 1 per 5-8000 abitanti; vi è investito un quarto di miliardo di franchi!) e che 5 milioni di americani trascorrono un paio d'ore ogni sera nei cinematografi! R. B.

Il cinematografo nella lotta contro la tubercolosi. — Tre anni or sono la Compagnia Edison di New York preparò una speciale film cinematografica destinata ad interessare ed educare il pubblico alla lotta contro la tubercolosi.

Questa film venne preparata con la cooperazione e con i suggerimenti dell'Associazione nazionale per lo studio e la profilassi della tubercolosi. Fu stabilito di farla proiettare un poco prima delle feste natalizie, a benefizio della Croce Rossa.

Molti igienisti competenti dichiararono alla prova che quel mezzo si sarebbe dimostrato inefficace; d'altra parte i locatori di films ritennero che il pubblico non si sarebbe mai interessato ad una questione troppo scientifica e troppo morale.

Invece il successo fu straordinario; la film divenne popolare; fu domandata da tutti i cinematografi.

Dopo di allora la Compagnia Edison ha ogni anno, per il Natale, una film destinata alla campagna antitubercolare.

Quest'anno la film rappresentava un uomo il quale ricusava di dare il proprio contributo eco-

nomico per la erezione di un sanatorio, nella sua città di provincia. Qualche tempo dopo la figlia ammala di tubercolosi. Si deve internarla in un sanatorio di New York, strappandola alla residenza del padre. Questi ne rimane tanto impressionato che diviene un attivo propagandista dei sanatori. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

S. SERGI. **Crania Habessinia. Contributo all'antropologia dell'Africa Orientale.** 1 vol. in-8 gr. di pag. 519 e con 33 tavole e 20 figure nel testo. Roma, Ermanno Loescher & C., 1912. L. 20.

Sono consegnate in questo grandioso lavoro lunghe, accurate e pazienti ricerche compiute su di una collezione di crani abissini raccolti da Schweinfurth e donati da questo valoroso naturalista a Roberto Virchow; la famiglia del sommo anatomo-patologo tedesco volle farne un patrimonio pubblico, affidandone la manutenzione alla Società Antropologica di Berlino.

La pubblicazione è curata a spese della Virchow-Stiftung di Berlino.

L'edizione, elegantissima, è copiosamente illustrata. B. R.

R. FUSARI. **Compendio di anatomia umana.** Due vol. in-16 di pag. XIX-1168. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1913 L. 15.

Quest'opera raccoglie le lezioni dell'esimio istologo ed anatomico di Torino. È destinata a sostituire la versione italiana dei « Précis d'anatomie descriptive » del Testut, della quale andavamo debitori allo stesso autore.

L'A. ha voluto essere breve e chiaro. Per rendere più spedita l'esposizione ha omesso quasi del tutto la nomenclatura latina di Basilea ed ha adottato i termini italiani corrispondenti.

Ha rinunziato alle figure per due motivi: le difficoltà tipografiche incontrate e, sovratutto, gli intendimenti del libro, il quale è destinato a guidare negli esercizi in camera incisoria.

Temiamo che il lavoro sia troppo conciso per lo studio esauriente dell'anatomia e troppo esteso per la ripetizione; ma le sue doti di fondo ne assicureranno il successo. y.

H. PIÉRON. **Le problème phisiologique du sommeil.** 1 vol. in-8° gr. di pag XVI-570 con figure. Paris, Masson & C., 1913. Frs. 10.

Sul sonno erano state pubblicate moltissime monografie, ma nessuna opera così completa, così riccamente documentata, corredata di una bibliografia così estesa. Si è certi di trovarvi, riassunte e classificate, tutte le indagini fisiologiche sul sonno ed una esposizione critica delle innumerevoli ipotesi proposte.

L'A. riassume le sue ricerche originali sulla produzione di una tossina narcotizzante nella veglia forzata. Tratta la questione del tutto nuova del sonno nella serie animale, riferendo numerose osservazioni personali. Si occupa anche del sonno patologico e terapeutico. Non propone un'ipotesi nuova, ma tenta di fare la sintesi delle nostre cognizioni, mostrando quali vie sono sbarrate dai fatti e quali restano aperte e delineando una concezione che si accorda coi dati sperimentali acquisiti. I. T.

H. ROTKY. **Ueber Polymyositis acuta.** Urban u. Schwarzenberg, 1912. Mk. 2.50.

Mancava finora una monografia completa sulla polimiosite trattata da un punto di vista moderno ed a questo ha provveduto il Rotky che oltre ad un'esposizione chiara della malattia riporta un caso suo molto interessante dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico. A. P.

C. CALDERA. **Ricerche sulla Fisiologia delle tonsille palatine.** Torino, Rosenberg e Lellier, 1913. L. 4.

L'opuscolo del Caldera è interessante oltre per il corredo di osservazioni proprie anche per l'esposizione chiara della letteratura. Il merito dell'A. è nell'aver dimostrato in modo certo che le tonsille palatine non hanno alcuna secrezione interna come da alcuni si tende ad ammettere, ma che invece sono semplici organi linfatici privi di qualsiasi potere difensivo specifico.

Esistono 5 tavole fuori testo. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il pensiero dell'on. Giolitti intorno alla condotta piena.

Nella seduta del 15 marzo rispondendo alla Camera dei deputati ai vari oratori che avevano preso la parola nella discussione del bilancio dell'interno, il presidente delConsiglio dei ministri on. Giolitti pronunziò sull'argomento della condotta piena e della condotta residenziale le seguenti parole delle quali la classe medica prenderà atto, aspettando che ad esse seguano dei provvedimenti legislativi che si ispirino ai principii affermati dal capo del Governo;

« Condotta piena vuol dir questo, che il medico condotto cura gratuitamente tutti, ricchi e poveri.

« Credo che questo principio non possa essere accolto se non come eccezione rarissima, in qualche comune in cui tutti siano nelle stesse condizioni; perchè far pagare a spese comuni di tutti i contribuenti anche la cura dei ricchi, non mi par giusto e sarebbe d'altronde contrario all'interesse della stessa classe medica.

« Abbiamo interesse che il medico condotto oltre allo stipendio del comune possa anche coll'esercizio della sua professione crearsi una condizione economica migliore e migliorare altresì nel contempo le sue condizioni di scienza, di attività e di buon volere.

« Pretendere che lo stipendio del comune inibisca al medico di farsi pagare da chi è ricco, non mi pare principio accettabile: vi potrà essere, ripeto, qualche eccezione, ma ciò non può elevarsi ad una regola applicata con qualche larghezza ».

Ancora del servizio sanitario militare.

Egregio sig. Direttore,

Dal momento che con tanta gentilezza Ella concede ospitalità a coloro, che intendono discutere il problema riguardante le condizioni dei medici militari, mi permetta una parola, calma e serena, al riguardo.

Io dichiaro, anzitutto, di non essere stato l'autore della nota lettera pubblicata nel numero 7 del suo giornale; ma a scanso di equivoci, dico subito di dividerne, in massima, le idee.

In secondo luogo, non rispondo, come si dovrebbe, alle due lettere pubblicate nel fascicolo 11 del giornale, prima per evitare che una questione d'interesse generale, per noi di tanta importanza, si converta in una questione personale e poi perchè dovendo, per ragioni ovvie, conservare l'anonimo, non potrei ribattere in modo adeguato quelle frasi, che Ella classifica crude e che io direi imprudenti, senza essere accusato di viltà, che è ben lontana dall'animo mio.

La questione va messa, secondo me, nei suoi veri termini.

Il corpo sanitario, così com'è, è insufficiente ai bisogni, tanto che per una spedizione di poco più di tre divisioni, si è dovuto mobilitare quasi per intero.

Esso, del resto, non basta neppure per le contingenze ordinarie, tanto che il servizio va avanti da anni a furia di ripieghi.

Il Ministero a chi ha fatto rilevare l'insufficienza dell'organico ha risposto, che non c'era bisogno di aumenti, perchè aveva sempre a sua disposizione i medici della Croce Rossa, quelli di complemento e della riserva, che ad un semplice invito, si sarebbero presentati per assumere il servizio. Ora questo stato di cose non può continuare, perchè un servizio di tanta importanza, non può più oltre essere trascurato senza che non ne risenta un colpo la compagine dell'esercito. Noi, quindi, chiediamo la cooperazione dei colleghi tutti, per l'equa soluzione della questione. Se il Ministero intende avvalersi dei medici della Croce Rossa ne promuova pure la militarizzazione e richieda anche da loro, oltre agli altri requisiti, gli obblighi, che sono fatti a noi; vedrà allora che il problema anzichè avviarsi alla soluzione, diverrà più complicato.

Ma se il Ministero non intende venire ad una decisione qualsiasi, i colleghi tutti, per spirito di solidarietà non dovrebbero più dare ascolto agli inviti che il Ministero fa per evitare l'aumento dell'organico.

Il Ministero, è vero, ha facoltà di chiamare in servizio coloro che sono inquadrati nell'esercito; ma non lo fa per non spostare troppi interessi e provocare proteste, tanto più giustificate inquantochè si tratta di aumentare l'organico per i bisogni ordinari. Chi senza necessità straordinarie risponde all'invito quando non è affatto in giuoco il bene della patria (perchè in tal caso i medici tutti sono pronti a sacrificare vita e interessi) fa atto di *crumiraggio*.

Oltre all'aumento dell'organico domandiamo di essere equiparati nei rapporti dei limiti di età e delle pensioni a tutti gli altri corpi combattenti. Non si comprende difatti, come noi si debba andare incontro ai medesimi disagi ed agli stessi pericoli (i morti della campagna libica e di quelle eritree ne informino) senza avere parità di trattamento. I capitani delle armi combattenti liqui-

dano il massimo della pensione dopo trentatrè anni di servizio; mentre da noi se ne richiedono trentasei.

Perchè? Si dice che il nostro limite di età è superiore, ma non si pensa, che entriamo in carriera tardi ed è, ad ogni modo, ingiustificabile una disparità di trattamento per chi vuole lasciare il servizio prima di esser raggiunto dai limiti di età.

Altro punto oscuro è l'*avanzamento* poichè non crediamo nè dignitoso, nè serio per una classe di professionisti, che si rispetti, una promozione a scelta, basata esclusivamente su di un esame, in cui entra molto la fortuna e la maggiore o minore facilità d'imparare delle tesi a memoria, mentre si trascurano le vere caratteristiche ed il valore del candidato. Ma su ciò potremo tornare in seguito.

Questo dibattito potrebbe apparire irriverente e indisciplinato a coloro, che per interesse o per supina rassegnaziono hanno per programma: *quieta non movere*; ma non a noi che da anni attendiamo senza aprir bocca. L'attesa silenziosa, nella quale ci siamo chiusi, per rispetto alla disciplina, che amiamo sempre salda, lo spettacolo giornalmente offertoci di gente che ottiene vantaggi, solo quando fa sentire a voce alta i suoi bisogni, ci ha spinto ad uscire, anche a noi, dal riserbo; perchè purtroppo è vero quanto un ministro ebbe a dire in un congresso, che oggi le concessioni, anchè più giuste, non si ottengono, se non si strappano.

Con tutta stima.

Un ufficiale medico.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3730) *Stabilità.* — Il Dott. P. S. da G. chiede conoscere se avendo egli servito come medico condotto interino per diversi anni, possa ora vantare l'acquisto della stabilità.

Il medico interino, che non legittima la propria posizione con una nomina regolare a seguito di concorso, non acquista giammai diritto alla stabilità.

Ella non ha, pertanto, alcuna ragione di impugnare il concorso bandito ora dal Comune per la nomina del titolare effettivo.

(3731) *Donne laureate in medicina.* — Il Dottor Marco desidera conoscere se una donna laureata in medicina e chirurgia possa essere nominata la titolare di una condotta comunale.

Non si è dato ancora il caso, ma crediamo di no, perchè il medico condotto deve prestare la propria assistenza a tutte le persone inferme, a qualunque sesso appartengano, mentre che parecchi potrebbero aver ritegno di palesare i propri malanni ad una donna e farsi visitare e curare dalla medesima.

(3732) *Cassa pensioni.* — Il Dott. F. M. da C. desidera conoscere, se, essendo entrato in servizio nel 1897 possa essere iscritto alla Cassa di previdenza, quanti anni di servizio può riscattare, quanto deve pagare come premio del riscatto e in quanto tempo.

Può iscriversi alla Cassa come medico anziano in base allo articolo 11 della legge 14 dicembre 1910.

Dovrà pagare entro un decennio il capitale corrispondente al contributo proprio ed a quello dell'ente, più gli interessi composti e le quote mutue, cioè una somma di 5 o 6 mila lire. Potrà riscattare 15 anni di servizio.

(3733) *Infortuni - Referto.* — Il Dott. B. M. da S. desidera conoscere se il medico che ha curato un infortunato abbia l'obbligo del referto all'autorità giudiziaria e se e da chi deve ricevere il pagamento della cura che esegue.

Anche nei casi di infortunio il medico curante ha l'obbligo del referto all'autorità giudiziaria. Ha diritto di farsi pagare dall'infortunato o dalla famiglia.

(3734) *Veterinari comunali - Stabilità - Supplenze.* — Il Dott. A. R. 15 desidera conoscere se, e nella affermativa in forza di quale articolo di legge, i veterinari comunali acquistano la stabilità e se essi, in caso di assenza, possono essere sostituiti dallo ufficiale sanitario o dal medico condotto per la visita delle carni da macello.

Il veterinario comunale, al pari del medico condotto, acquista la stabilità nel posto e nello stipendio in virtù dell'articolo 50 del vigente testo unico delle leggi sanitarie. Durante le assenze del veterinario la visita delle carni da macello è fatta dall'ufficiale sanitario. Il medico condotto non ha alcun obbligo di sostituirlo. Il Comune dovrebbe provvedere al rimpiazzo di detto funzionario nel caso che contemporaneamente manchi anche l'ufficiale sanitario.

(3735) *Pensioni - Liquidazione.* — Dott. G. P. da F. Le saranno computati 15 anni del servizio anteriormente prestato. Contando su 28 anni di servizio, liquiderà annue lire 1588, su cui dovrà pagare la ricchezza mobile in ragione del 7.65 %. Nessuna pregiudiziale potrà derivare dall'aver avanzata con ritardo la relativa domanda.

(3736) *Condotta generale - Riduzione ed altro.* — Il Dott. N.L. da C. chiede conoscere se il Comune può sopprimere la condotta piena, se una seconda istituenda condotta possa essere destinata solamente agli agiati, se qualora questa seconda condotta fosse estesa agli agiati ed ai po-

veri possa essere giustificata la proposta riduzione dello stipendio, se qualora le condotte fossero entrambe pei poveri dovrebbe essere compilato l'elenco dei poveri, se tutti coloro che pagano focatico possano o debbano essere esclusi dallo elenco e se, finalmente, gli si possa revocare l'incarico di ufficiale sanitario per affidarlo ad altro medico condotto.

Il Comune, quando speciali locali condzioni non si oppongano, può ridurre la condotta ai soli poveri con congrua predisposta riduzione dello stipendio del sanitario. Volendo, però, istituire una seconda condotta non può mai destinarla al servizio esclusivo degli agiati, perchè il servizio per costoro non riveste il carattere della obbligatorietà. Se le due condotte saranno, come è certo, limitate ai poveri, il Comune può incaricare anche solamente uno dei due titolari a fare il servizio per gli agiati, ma però, in tal caso, non è giustificato lo esonero di un incarico a Lei conferito e per cui ha acquistata stabilità relativa, cioè, fino ad eventuale soppressione della estensione del servizio. Si dovrà compilare l'elenco dei poveri. Il criterio del ruolo focatico non può intendersi come assoluto in fatto di diritto ed avere la cura gratuita. L'iscrizione nel ruolo è una presunzione di agiatezza, che può essere distrutta da prova contraria. Non è ammissibile che si tolga a Lei l'incarico di ufficiale sanitario per darlo ad altro medico condotto.

(3737) *Iscrizione Cassa previdenza - Controversie.* — Il Dott. U. C. da M. assunto in condotta, si iscrisse alla Cassa pensioni. Quando egli lasciò il servizio per volontaria dimissione, la condotta fu soppressa di fatto perchè irregolarmente istituita. Il Sindaco ha chiesto il rimborso del contributo pagato per quel periodo di tempo e si mostra disposto a restituirgli le quote anche pagate da lui. Chiede se ciò possa farsi e quale rimedio vi sia per lenire il danno che gliene deriva.

Noi crediamo che l'istanza del Comune diretta ad ottenere la retrocessione dei contributi pagati non possa essere accolta perchè la condotta in quel tempo era regolarmente istituita e funzionava. La irregolarità fu riconosciuta dopo, e quando essa era già di fatto cessata per effetto delle dimissioni del sanitario. Avendo essa quindi funzionato con credenza di piena regolarità, ed in buona fede, la cessazione si avvera *ex nunc*, cioè mantenendosi salde e ferme tutte le obbliganze assunte. Epperò i contributi sono stati bene pagati ed Ella non perde agli effetti della pensione l'anno e mezzo di servizio prestato.

(3738) *Aumento di stipendio di ufficio.* — Al Dott. F. D. da C. M. che chiede conoscere se per avvenuto successivo aumento della circoscrizione della condotta possa chiedere ed ottenere, e nella affermativa, da chi, congruo aumento di stipendio, rispondiamo che ben può ottenere un aumento di ufficio, avanzando analoga domanda alla G. P. A.

(3739) *Cura lesioni - Infortunio.* — Il Dott. G. A. da A. D. R. desidera conoscere se il medico ha diritto a ripetere le sue spettanze da colui che trovandosi in condizione agiata abbia prodotto lesione sul corpo ad individuo iscritto nello elenco e chi sia obbligato a pagare la cura di un infortunato iscritto nello elenco dei poveri.

Circa il primo caso diciamo che non si ha diritto a compenso perchè la persona curata non è agiata ma bensì un povero avente diritto ad assistenza gratuita, e circa il secondo non vi è del pari diritto a compenso perchè la cura dell'infortunio va disciplinata dalle stesse norme che regolano la cura delle malattie ordinarie ed è perciò gratuita per coloro che sono iscritti nello elenco dei poveri. Per le prime immediate cure deve rivolgersi all'impresario.

(3740) *Cassa di previdenza - Iscrizione.* — Il Dott. M. S. da T. chiede conoscere se egli come assistente dell'ospedale locale con nomina provvisoria e limitata a soli dieci anni e con l'assegno di lire 5 per ogni dodici ore di servizio, abbia obbligo di iscriversi alla Cassa di previdenza.

Noi siamo di avviso che Ella non sia obbligata alla iscrizione perchè la sua nomina è tuttora interinale non essendo stata regolarmente fatta come impone lo statuto del nosocomio. Devesi notare che la legge sulle pensioni obbliga alla iscrizione solo coloro che furono *regolarmente* nominati. Oltre a ciò la nomina, di cui ora Ella è provveduta, è essenzialmente temporanea e sarebbe assurdo obbligare alla iscrizione ad una Cassa di previdenza chi indubbiamente non può avere alcuna speranza di godere la pensione. Crediamo opportuno che Ella ricorra al Prefetto della Provincia per la soluzione del caso, inteso il Consiglio di Prefettura, ai sensi dello articolo 40 del regolamento 9 marzo 1899 n. 21.

(3741) *Stabilità - Congedo.* — Il Dott. X 7756 chiede conoscere se essendo interino da nove mesi acquisti la stabilità dopo due anni o prima, se essendo interino abbia diritto a congedo e se questo possa, in ogni caso, essere preso anche al principio dell'anno.

Ella diventa virtualmente stabile 11 mesi dopo la nomina per concorso e diventerà effettivamente tale, dopo altri 14 mesi, giacchè il periodo di interinato si calcola nel biennio di prova per chi ottenga nomina in base a concorso. Per regola l'interino non ha diritto al congedo. Questo si può prendere sempre che se ne abbia bisogno e le condizioni sanitarie locali lo permettano, o al

principio o alla fine od anche nel corso dell'anno.

(3742) *Armadii farmaceutici.* — Il Dott. L. G. P. da M. 9408 desidera conoscere se nell'armadio farmaceutico si possano includere altri medicinali, oltre quelli permessi dalla farmacopea ufficiale del Regno.

Si possono includere altri medicamenti, ma occorre la preventiva autorizzazione del Ministero dell'Interno.

(3743) *Odontoiatria - Ordine sanitario.* — Il Dott. Osp. M. S. C. da M. P. desidera conoscere se un medico chirurgo specializzato ed esercente la odontoiatria sia obbligato ad iscriversi all'Ordine dei sanitarii.

Anche il medico chirurgo specialista in odontoiatria ha l'obbligo di iscriversi all'Ordine.

(3745) *Ufficiale sanitario fratello di un farmacista. - Incompatibilità.* — Al Dott. E. C. da R. che desidera conoscere qualche massima di giurisprudenza che stabilisca tale incompatibilità indichiamo quella del Consiglio di Stato del 27 ottobre 1910 Comune di Firmo e quella del Consiglio medesimo dell'8 ottobre 1909 Comune di Bonaci.

(3746) *Pensioni - Interinate.* — Il Dott. P. P. da T. desidera conoscere se il periodo di interinato gli sarà computato in quello necessario per ottenere la pensione di riposo.

Il periodo di interinato vale pel raggiungimento del diritto a pensione nelle forme e ne' modi che saranno determinati nel regolamento, che non fu però ancora pubblicato.

(3747) *Concorso - Revoca del bando.* — Il Dott. C. C. da R. chiede conoscere se possa essere revocato un bando di concorso in cui non è ancora scaduto il termine e non vi è alcun concorrente.

Il Comune ha sempre facoltà di revocare le proprie deliberazioni purchè non si violino diritti di terzi. In materia di concorso è ormai principio assodato che non esistono diritti da parte dei varii concorrenti che a concorso espletato ed a graduatoria fatta. Sicchè fino a che non si chiude il concorso e non si espleta la relativa graduatoria può sempre essere revocato il bando e la consiliare deliberazione che ne ordinò la pubblicazione. Nel caso poi è tanto più ammissibile la revoca in quanto non esiste alcun concorrente.

(3749) *Ufficiale sanitario membro della Congregazione di Carità - Zio materno di farmacista - Medicinali ai poveri.* Il Dott. Caio desidera conoscere se l'ufficiale sanitario può essere membro della Congregazione di Carità, se un zio del farmacista fornitore a detta Opera Pia possa esserne del pari membro e se sia obbligato a fornire e riparare le siringhe per le iniezioni ipodermiche di siero.

L'ufficiale sanitario, come ha in più riscontri ritenuto la giurisprudenza non può essere membro della Congregazione di Carità. Lo zio del farmacista fornitore della Congregazione può far parte di detta Opera Pia ma deve astenersi dallo intervenire alle adunanze in cui si liquidano le relative parcelle di fornitura. Se la siringa fu acquistata dal Comune ad esso ne spetta la riparazione per renderla adatta all'uso. Però l'acquisto di una siringa spetta di ordinario al medico come quello di qualsiasi altro strumento chirurgico.

(3750) *Stipendii - Pagamento.*—Il Dott. F. M. da di S. C. chiede conoscere che cosa debba fare per ottenere il pagamento dello stipendio dal momento che l'esattore si rifiuta per mancanza di bilancio.

La ragione dell'esattore non è attendibile perchè le spese fisse, come quella del medico, si pagano anche senza bilancio. L'esattore poi non può assolutamente rifiutarsi per gli stipendi dell'anno scorso.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AMATRICE (*Aquila*). — 4 condotte piene, obbl. cavalc.; L. 3700 ciasc. oltre L. 250 per l'eletto ad uff. san. Scad. 11 aprile.

ANDORA (*Genova*). — L. 3000, cura piena. Scade 6 aprile.

AQUILA. *Manicomio della Provincia.* Direttore; L. 5000 e 3 sessenni. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione Provinciale. Scad. 15 aprile.

* BRUNO (*Alessandria*). — Condotta; L. 3000 e 3 sessenni; per la generalità. Scad. 15 aprile.

CASALE SUL SILE (*Treviso*). — Condotta; L. 3560 pei poveri; libera per gli abbienti. Scad. 8 aprile.

CASTIGLIONE DEL PESCAIA (*Grosseto*). — Due condotte piene; L. 3000 lorde ciascuna, 2 sessenni e L. 200 per arm. farm., locale a carico del Comune o L. 50 di indennità. Non vi è obbligo cav. Scad. 12 aprile.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Tre condotte; L. 3000 lorde; L. 700 per obbl. cav.; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza, a carico dei cittadini; due sessenni.; L. 500 annue alla prima condotta per le mansioni di uff. san.; altri proventi. Scad. un mese dal 16 marzo.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — Condotta libera pei poveri; L. 3000, un quinto dopo 2 anni e 2 sessenni del decimo; L. 200 se uff. san.; L. 600 per indennità mezzi trasp. Scad. 7 apr.

* CHIOGGIA (*Venezia*). — Condotta per il rione Duomo; L. 2500 e 3 sessenni. Scad. 7 aprile.

CIANO D'ENZA (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 4000. Scad. 15 aprile.

* CORDENONS (*Udine*). — Condotta piena pel 2° riparto; L. 4500 e 2 sessenni oltre alloggio. Scad. 3 aprile.

CORTENO (*Brescia*). — Condotta piena consorziale con Santicolo; L. 4500 aument., L. 100 quale uff. san. e L. 400 in caso di rinunzia al mese di licenza. Scad. 31 marzo.

* FOLIGNO (*Perugia*). — Cinque condotte; per tre L. 4500, per una L. 4200, per una L. 3650. Domande separate. Età limite 40 anni. Chiedere l'annunzio. Scad. 10 aprile.

GIUNGANO (*Salerno*). — Condotta per la generalità: lorde 2500, età non superiore agli anni 40; popolazione agglomerata 920 ab. Scad. 5 apr.

* GRAFFIGNANO (*Roma*). — Condotta; L. 3500 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, lorde; tre sessenni; L. 200 quale uff. san., L. 200 per l'arm. farm. Ab. 1200 circa. Scad. un mese dal 20 marzo.

* GRIZZANA (*Bologna*). — Prima condotta; L. 4200; cura piena, obbl. cav.; 3 sessenni di L. 300 ciasc. Scad. 9 aprile.

LUMEZZANE PIEVE (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000 lorde, più 100 come uff. san.; 2 sessenni; esonero cav. Ab. 2340. Scad. 30 aprile.

MESTRE (*Venezia*). — *Ospitale Civile*. Medico chirurgo assistente. Rivolgersi alla Segreteria.

MOLINELLA (*Bologna*). — Due condotte pei soli poveri; L. 4000. Scade 10 aprile.

* MONTONE (*Perugia*). — Condotta; L. 4000 compresovi compenso uff. san.; 2 sessenni; non più di 40 anni. Scad. 30 aprile.

* NARNI (*Perugia*). — Due condotte; L. 2400 pei poveri, con 3 decimi, L. 800 per gli abbienti, L. 750 obbl. cav., L. 100 se arm. farm. Scadenza 5 aprile.

* NERVESA (*Treviso*). — Condotta libera; L. 3700. Scad. 10 aprile.

PATERNO DI ANCONA (*Ancona*). — Condotta, L. 3200 pei poveri, L. 300 per gli abbienti, L. 200 quale uff. san. e 3 sessenni su L. 3200; L. 700 per cavalc. obbl. Scad. 5 aprile.

PETTILENGO (*Novara*). — Condotta con Selve Mareme; L. 1750 (in corso d'approvazione) per 285 poveri incirca. Ab. 2365. Scad. 7 apr.

ROMA *Ministero della Marina*. — 20 tenenti medici; età massima 30 anni. Scad. 20 aprile. Gli esami cominceranno il 5 maggio.

ROMA — *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma*. Concorso per 40 posti di assistente medico-chirurgo. Chiedere annunzio alla segreteria. L. 20 di tassa d'esame. Scadenza ore 12 del 25 aprile.

RONDISSONE (*Torino*). — Condotta piena; L. 3000 nette. Scad. 5 aprile.

SANT'ANGELO DI LOMELLINA (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3250 lorde, aument., L. 100 quale uff. san. ed alloggio. Ab. 1400. Scad. 8 aprile.

* SASSOCORVARO (*Pesaro Urbino*). — 2ª condotta piena; L. 4000 lorde ed un quinquennio del decimo oltre L. 35 per assicurazione, obbligo sostituzione con l'altro medico pel mese di congedo con metà dello stipendio a carico del Comune; obbl. cavalc. Scad. 10 aprile.

STAITI (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e L. 200 per supplenza mese congedo o rinunzia. Scad. 5 aprile.

* TRESIVIO (*Sondrio*). — A tutto il venti aprile concorso alla condotta piena di Pendolasco. Stipendio L. 4.000 nette da R. M., compreso assegno di Ufficiale Sanitario, con tre sessenni.

VENEZIA. *R. Scuola Ostetrica*. Assistente; L. 1500; 21-35 anni, laurea in medicina e 3 anni di pratica come assistente effettivo presso clinica ostetrico ginecologica o in una scuola ostetrica pareggiata. Rivolgersi al Rettore della R. Università di Padova. Scad. 15 aprile.

VILLAMAR (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 3256 lorde, abitanti 2258. Scad. 10 aprile.

VILLAMINOZZO (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 3000 lorde, L. 1000 per cavalc. e L. 100 per arm. farm.; non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 15 aprile.

VOLTIDO (*Cremona*). — Condotta; L. 3000 nette e 3 sessenni, L. 100 quale uff. san. Età massima 40 anni s. e. r. Scad. 10 aprile.

Il comune di Monte S. Maria Tiberina cerca interino medico per la condotta della frazione di Lippiano, amena collina a 400 metri sul livello del mare.
Gli aspiranti potranno scrivere le loro pretese al Municipio.
L'interino avrà l'alloggio gratuito e sarà preferito nell'eventuale concorso.

Medico-chirurgo, disponibile prossimo mese per assumere interinato. Offerte V. C., Castello delle Forme (Perugia), « fermo posta ».

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicotaggi.

Nuove diffide sanzionate: Fratta di Todi (Perugia), Bagnacavallo [per Traversara] (Ravenna), Breme (Pavia). Bentivoglio, Porretta, Camugnano, Grizzana, Granaglione e Castiglione dei Pepoli (Bologna), Sarnano (Macerata), Ancona [per Varano] e San Marcello (Ancona), Peglio, Roccamassima e Sgurgola (Roma). Gottolengo (Brescia).
Conferma di diffide: Albino (Bergamo), Cordenons (Udine), Castelfranco di Sopra (Arezzo).
Revoca di diffide: Molinella (Bologna), Nervesa e Spresiano (Treviso).

Nomine, promozioni e onorificenze.

GENOVA. — Il dott. Silvestrini Luigi è nominato assistente nella clinica chirurgica.

SIENA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Nassetti Francesco in patologia speciale chirurgica, Mori Nello in batteriologia.

LETTERE DA PARIGI

Inaugurazione del nuovo ospedale della Pietà. — Della trentina di ospedali che Parigi racchiude nel cerchio della sua cinta fortificata, non contando in questo numero i molti asili per cronici della « banlieue », pochissimi sono moderni quale l'ospedale Boucicaut, il nuovo Cochin, non ancora inaugurato, i padiglioni per i tubercolosi dell'ospedale Laënnec, bene inferiori al Sanatorio Umberto I, di Roma, e, da ieri soltanto, questa nuova « Pitié ». L'antica presso il « Jardin des Plantes » era assolutamente inadatta a subire una trasformazione moderna. Così è stato fabbricato il nuovo ospedale cui si è voluto conservare il nome di *Pitié* « vecchia come l'umanità », ha detto il direttore dell'assistenza pubblica, l'illustre Mesureur, « uguale in tutte le credenze religiose, e nel cuore di tutti gli uomini, espressione dolorosa della solidarietà, eterna, perchè si rivolge verso tutti i dolori ».

Il nuovo ospedale, che il neo-presidente della Repubblica ha tenuto a percorrere da capo a fondo, è diviso in due da un largo viale centrale della lunghezza di mezzo chilometro, i padiglioni sono costruiti su tre piani, capaci in tutto di 960 letti.

La sezione di medicina è disposta a forma di H, la linea orizzontale riservata ai servizi generali; i servizi di chirurgia, meno estesi sono disposti nel fondo; naturalmente esistono delle sezioni a parte per l'isolamento e per i malati di chirurgia settici. L'ospedale comprende inoltre una maternità, composta di 85 letti, padiglioni di alloggio per il personale (in cui le infermiere hanno a loro disposizione sale di convegno munite di pianoforte), vaste cucine, e corridoi sotterranei di comunicazione. Possiede anche un anfiteatro per le lezioni.

I clinici di Parigi sono in genere malcontenti di essere costretti ad impartire le loro lezioni in antichi e insufficienti locali. Essi invidiano il Policlinico di Roma. Nelle varie visite fatte da Baccelli ai più grandi clinici esso udiva sempre ripetere le stesse parole: « Potessimo, come voi, divenire Ministri della Pubblica Istruzione per il tempo sufficiente a far arrivare in porto un progetto di legge che ci desse un Policlinico come voi avete a Roma! »

Ma per dotare una capitale di una istituzione grandiosa come il Policlinico, non basta essere ministro dell'istruzione, bisogna chiamarsi anche Guido Baccelli.

A favore degli orfani e vedove dei medici militari francesi morti per epidemie. — I deputati Peyrox, Leblond et Denais hanno presentato alla Camera dei Deputati un progetto di legge così compilato:

Articolo unico: Le vedove e gli orfani dei medici militari morti in seguito a una malattia epidemica o contagiosa, contratta durante il servizio d'ospedale o d'ambulanza, beneficieranno delle stesse pensioni e soccorsi accordati quando la morte ha luogo per causa di servizio in guerra.

I proponenti fanno precedere il testo della legge da considerazioni assai importanti. Essi osservano che il servizio della medicina militare in Francia attraversa una crisi gravissima.

I medici sono assai inferiori al bisogno.

Infatti diminuisce il numero degli allievi delle scuole di medicina militare [Lyon et Paris (Val de Grâce)] e i medici militari abbandonano prestissimo la carriera.

Tale crisi ha delle cause materiali, morali e professionali. Una di queste è l'insufficienza delle pensioni delle vedove quando i mariti muoiono vittime del dovere. I proponenti considerano che il medico militare che muore in seguito a una malattia infettiva contratta in servizio, è uguale alla vittima che cade sul campo di battaglia.

Metodo nuovo per la cura della scoliosi. — Nella sezione medica del Congresso internazionale di educazione fisica che si tiene in questo momento a Parigi, il dott. Abbott di Portland (America) ha fatto una comunicazione che ha sollevato molto rumore tra gli ortopedici convenuti a questo importantissimo Congresso.

Come è ben noto la scoliosi è una deformazione comune al 10 % almeno dei fanciulli e dei giovani, che, fino ad oggi, in gran parte sfuggivano all'intervento chirurgico, cosicchè la scoliosi era detta: l'obbrobrio della chirurgia.

Il dott. Abbott parte dal principio che non è sufficiente la correzione del difetto, ma che per riportare il tronco nella posizione normale è necessario di *ipercorreggere* il difetto. Per ottenere questo egli colloca i suoi malati su di una amaca sospesa in un telaio di ferro e a mezzo di differenti fascie di tela che tirano verso l'alto o verso il basso, dispone l'infermo in una posizione tale da imprimergli il difetto opposto. Se ad esempio la spalla sinistra è alzata e rotata verso l'esterno sarà la spalla destra che si trova obbligata a prendere tale posizione e non semplicemente la spalla sinistra portata in posizione normale. Quando la correzione è ottenuta a mezzo di striscie di tela che tengono sollevate o abbassate le membra, il tronco o il bacino, il dott. Abbott applica immediatamente un apparecchio ingessato che mantiene il malato in questa attitudine. Tale apparecchio è disposto in modo da presentare una larghissima e vasta finestra dalla parte opposta alla deviazione, mentre dalla parte della deviazione esistono due piccole fessure a distanza conveniente, nelle quali si introducono delle striscie

di feltro sovrapposte, allo scopo di tenere compressa e allontanata dall'apparecchio la regione deformata che si trova invece compressa e spinta verso la parte opposta, ove esiste la larga finestra dell'apparecchio.

Il metodo dell'Abbott presenta il grande vantaggio di esercitare sulla regione deforme una pressione attiva, col soccorso della forza respiratoria, mentre le articolazioni della colonna non si trovano in posizione da formare un sistema rigido e quindi nelle migliori delle condizioni per poter subire l'ipercorrezione.

Dopo quattro mesi di cura l'apparecchio è tolto e sostituito da un corsetto, tenuto in posto per altri quattro mesi, durante i quali l'ipercorrezione passa lentamente a una correzione normale: la cura è completata da un trattamento ginnastico. In tal modo si ottiene di guarire perfettamente la deformità, così diffusa e comune, dovuta alle deviazioni abnormi della colonna vertebrale.

Il celebre dott. Calot di Parigi si mostra assolutamente entusiasta di questo nuovo metodo dell'Abbott, come pure alcuni fra i più noti ortopedici di Berlino. « Molti medici sono ancora scettici, dice Calot, ma io che ho esperimentato il metodo, posso testimoniare in suo favore e affermare che grazie a esso la prognosi delle scoliosi ribelli sarà completamente cambiata ».

Parigi, 22 marzo 1913.

Dott. GOD.

ATTI PARLAMENTAR.

La sanità pubblica in sede di bilancio.

Dopo le dichiarazioni del Presidente del Con- (v. fasc. precedente) si è passato alla discussione degli ordini del giorno.

L'on. Margaria presenta un ordine del giorno che suona così:

« La Camera fa voti che, nell'interesse delle finanze comunali, siano meglio disciplinate le spese di spedalità degli infermi poveri, si provveda alla preparazione, a mezzo di laboratorio di Stato, dei sieri preventivi e curativi contro le malattie e con opportune istruzioni alla profilassi delle epizoozie ed in ultimo a meglio conciliare gli interessi dei Consorzi comunali nella nomina dei sanitari ».

L'on. Margaria fa rilevare l'aumento enorme delle spese di spedalità e prega il ministro dell'interno di disciplinarle nel senso d'invitare gli ospedali a stabilire una retta, se non uniforme, in ogni caso mite, che rappresenti unicamente il corrispettivo della spesa *effettiva* sopportata per il ricovero dei malati.

Quanto alla preparazione dei sieri e vaccini, l'O. si compiace che l'on. presidente del Consiglio abbia promesso che studierà l'argomento. Questo è d'importanza capitale perchè, mentre in passato la preparazione della linfa vaccinica era fatta dallo Stato che la distribuiva ai comuni, oggi la provvista è fatta dalle provincie e rappresenta per esse un aggravio. Non solo ma spesso la linfa è alquanto scadente, tanto che spesso si vedono preferiti i prodotti esteri a quelli nazionali. Plaude quindi alla iniziativa dell'on. presidente del Consiglio di fare studiare la questione in modo che la preparazione possa essere fatta dai laboratori di Stato, sia per avere in proposito una maggiore garanzia, sia per poter distribuire i sieri con una spesa inferiore ai comuni e specialmente alle opere pie.

Circa la nomina dei medici e dei veterinari consorziali l'O. invoca dall'on. presidente del Consiglio una modificazione all'art. 30 della legge 27 aprile 1911, cosicchè venga stabilito che i rappresentanti dei consorzi siano numericamente commisurati al contributo che ciascun comune presta al bilancio dei consorzi.

L'on. Patrizi presenta il seguente ordine del giorno:

« La Camera, pure rilevando l'utile applicazione della legge del 1903 sulla prevenzione e la cura della pellagra; mentre l'apposita Commissione e gli scienziati con fervido desiderio di verità fanno ricerche sull'eziologia del triste morbo da potere condurre ad una profilassi diretta casuale; dato il triplice aspetto del problema, medico, agrario, sociale, e l'importanza innegabile che per la sua soluzione ha il sistema di vita delle classi rurali; fa voti perchè siano assicurate a tali classi migliori condizioni di vita anche eventualmente con la diminuzione dei pesi tributari che gravano sugli umili, procurando altresì maggiore produzione del suolo onde i lavoratori dei campi abbiano cibo sano e sufficiente ».

L'on. Patrizi osserva che, mentre gli scienziati studiano, l'esperienza rivela che la pellagra sopratutto dipende da insufficienza, oltre che da cattiva qualità, dell'alimentazione, per cui quanto più copiosi saranno i prodotti del suolo, tanto più potranno gli agricoltori concedersi sano e bastante vitto, che è il mezzo più sicuro per vincere gli assalti del triste morbo che ne insidia la vita o ne diminuisce l'opera feconda.

L'on. Coris presenta il seguente ordine del giorno:

« La Camera, convinta che il fenomeno della malaria è suscettivo di essere combattuto efficacemente, purchè lo sforzo sia adeguato, così da farlo scomparire e ridurlo ad essere fenomeno sporadico di minima importanza sociale; facendo plauso alle iniziative prese dal Governo in varie regioni d'Italia, lo invita a intensificare ancora la lotta contro la malaria con provvedimenti e spese eccezionali, sì da liberare tutto il paese, come già avvenne per talune regioni, da un danno evitabile che tuttora colpisce una grande massa di lavoratori meritevoli di speciale riguardo e insieme preziose sorgenti della nostra ricchezza nazionale ».

L'O. osserva che la campagna condotta dal Governo recentemente in Sardegna (ne è dato conto in una pregevole monografia del prof. Lustig che di quella campagna insieme al professor Sclavo fu direttore) ha indicato già quali ottimi risultati si possano ottenere quando una sapiente direzione disponga di mezzi sufficienti, e nelle forze locali trovi la corresponsione adeguata. L'O. ricorda ancora che nel Basso Veronese fu iniziata con successo, recentemente, una campagna per iniziativa del Comitato antimalarico veronese, il

quale largamente appoggiato dal Governo, anche con rilevanti mezzi finanziari, ha condotto già a risultati pratici assai importanti, che sono noti al Governo.

Perciò vivamente raccomanda che, dopo il primo sforzo che il Governo ha compiuto nella Sardegna, nel Lazio e nel Mezzogiorno, con speciali provvidenze destinate alla lotta contro la malaria, non voglia arrestarsi, ma prosegua anche negli anni venturi, destinandovi maggiori mezzi.

L'on. Giolitti risponde ai vari oratori.

L'on. Margaria, egli dice, si lamenta che le spese di spedalità in alcuni luoghi siano gravi e che i comuni debbano pagare delle quote in misura variabile. Ma la spedalità e il rimborso delle spese sostenute per coloro che sono ricoverati nell'ospedale devono essere fatte dai comuni, ai quali il malato povero appartiene. Ora c'è una grande differenza di spese tra ospedale e ospedale. Per esempio a Roma la quota è di lire sei al giorno. È una esagerazione, ma è così!

A Genova, come diceva l'on. Margaria, le quote sono di circa 4 lire, ma in entrambi i casi sono spese reali ed effettive.

Ora, poichè per questo titolo la spesa ricade a carico del comune, non c'è rimedio; bisogna che il comune paghi, altrimenti come l'ospedale provvederebbe ai servizi, se dovesse mantenere non solo i malati per cui è istituito, ma anche i malati degli altri comuni, senza averne il rimborso? È questione di giustizia. Si potrà vedere che non ci siano abusi, ma che si rimborsi la spesa effettiva è esecuzione di legge.

L'on. Giolitti promette poi di esaminare se possa evitarsi che due o tre comuni piccoli, in consorzio con un comune grande, lo sopraffacciano; ma non vorrebbe cascare nell'altro eccesso, che il comune grande sopraffaccia il comune piccolo.

È questione che egli intende studiare con tutta la buona volontà di trovare una conclusione, ma prega l'on. Margaria di non insistere nel suo ordine del giorno.

All'on. Patrizi, che raccomanda in modo speciale la cura della pellagra, ricorda che questa malattia, fortunatamente, con l'applicazione delle leggi votate dal Parlamento, è diminuita di molto, tanto che mentre prima le morti per pellagra erano di 135 all'anno per ogni milione di abitanti, ora sono ridotte a sole 38.

Tuttavia l'Amministrazione della sanità proseguirà attivamente a combattere questa triste malattia.

All'on. Coris assicura che la Direzione di sanità si occupa intensamente della lotta contro la malaria, perchè questa è una delle cause dell'indebolimento della razza e dell'impoverimento economico di molte provincie; si può esser certi che in questa lotta il Ministero dell'Interno adoprerà tutti i mezzi che sono a sua disposizione.

Il fascicolo di marzo 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Giovanni Perez** - Sulle cosiddette cisti ossee.

II. **Dott. Nicola Leotta** - Le obliterazioni dei vasi mesenteriali.

III. **Prof. Egisto Magni** - Due casi di neuro-fibro-sarcomatosi multipla, periferica.

NOTIZIE DIVERSE

IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali).

Riportiamo i titoli di alcune comunicazioni annunziate alla segreteria (vedi fasc. 12).

Dalla Clinica delle malattie professionali di Milano:

« Sulla valutazione dello stato del cuore negli individui che si applicano a lavori faticosi ». L. Devoto.

« I dati più salienti della Clinica del lavoro nel suo 3° anno di vita ». Id.

« Progetto di una Cassa nazionale di assicurazione contro le malattie per gli appartenenti ad una professione (arti grafiche) ». L. Devoto e L. Carozzi.

« Contributo alla conoscenza del saturnismo cronico (lesioni del cuore e del sistema endocrino) ». D. Cesa-Bianchi.

« Osservazioni sul comportamento dei pellagrosi e dei mangiatori di granturco di fronte agli estratti di mais ». Id.

« Le alterazioni delle capsule surrenali nel saturnismo ». G. Bezzola.

« Il contegno dell'acido urico nel saturnismo cronico ». L. Preti.

« Relazioni meningee in talune intossicazioni croniche ». P. Boveri.

« Ematologia e comportamento del midollo osseo nell'avvelenamento da anidride carbonica ». M. Ciovini.

« Osservazioni sul contegno del CO_2 nell'asfissia, nel digiuno, e nella rialimentazione ». Id.

« L'azione, *in vitro*, sul biossido di carbonio dei polinucleati e dei linfociti, confrontata con quella dei globuli rossi ». Id.

« Le sostanze volatili delle vernici ad olio ». N. Monti.

« Le spondiliti di origine professionale ». F. Perussia.

« Azione del manganese sull'autolisi epatica ». L. Bellazzi.

« Le alterazioni della secrezione gastrica nella colica saturnina ». G. Allievi.

« La parotite saturnina ». Id.

« La pressione arteriosa nella colica saturnina ». G. Nisticò.

« Anomalia nella distribuzione dell'eritema pellagroso ». P. Amaglio.

Il nuovo Ospedale Civile di Lecce.

E' stato solennemente inaugurato il 25 corr. dal sottosegretario di Stato on. Falcioni.

Alla cerimonia assistettero gli on. Dentice, Pellegrino, Fumarola, Chimienti, Frasso, Di Palma, Tamburini e molte autorità.

L'on. Sala, presidente della Congregazione di Carità, fece la storia dell'istituto. Parlò poi il direttore del nosocomio dott. Pomarico. Pronunziò infine un magnifico discorso l'on. Falcioni, il quale rilevò il carattere sociale della odierna beneficenza, in quanto che questa tende alla intensificazione e moltiplicazione delle energie umane. Il vescovo Trama benedisse i locali, mentre l'onorevole Falcioni visitava le corsie soffermandosi ai letti degli ammalati.

Il nostro plauso cordiale alla civile città ch'è decoro e vanto delle Puglie.

Corso di perfezionamento.

Il corso delle lezioni per i medici condotti indetto dall'Accademia per le Scienze mediche e naturali di Ferrara avrà quest'anno un indirizzo spiccatamente pratico.

Le lezioni saranno tenute ogni lunedì in numero di due, nei mesi di aprile, maggio e giugno. Per il programma e l'orario rivolgersi al Segretario dell'Accademia, dott. Gaetano Boschi.

La tassa di iscrizione è fissata in lire 10. da pagarsi al cassiere dell'Accademia, dott. Umberto Ravenna, all'atto della iscrizione.

Viaggio di studi medici.

Il XIII Viaggio di studi medici alle stazioni idrominerali e climatiche della Francia è organizzato dal 25 agosto al 6 settembre, sotto la presidenza effettiva del prof. Landouzy. Comprenderà le stazioni del sud-ovest.

Parecchie borse di viaggio sono state offerte da Società di acque minerali e dal prof. Henrot. Per le informazioni rivolgersi al dott. Carron de la Carrière, 2 Rue Lincoln, ovvero al dott Jouast, 4, Rue Frédéric Bastiat, Paris.

Nuovi giornali.

I progressi della medicina sono in gran parte dipendenti dalla rapidità con cui i nuovi acquisti scientifici e clinici vengono portati a conoscenza dei medici cui possono interessare.

Se non che, le osservazioni e le ricerche si susseguono con alacrità straordinaria in tutti i paesi civili e riesce oltremodo disagevole seguirli.

Da ciò l'utilità dei « Zentralblätter » creati in Germania: essi hanno per scopo di rispecchiarle fedelmente, compiutamente, rapidamente i progressi compiuti in un singolo campo.

Due nuovi organi del genere cominciano ora a vedere la luce coi tipi dell'editore Julius Springer di Berlino.

Il *Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete* sarà diretto dai proff. Bier, v. Eiselsberg, Hildebrand, Köhler, Küster, de Quervain e Schmieden e redatto dal dott. C. Franz (Berlin, W. 9, Link-Str $^{23}/_{24}$).

Il *Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete* sarà diretto dai proff. Beuttner, Döderlein, Jung, Krönig, Menge, Pankow, Wertheim e Zangemeister e redatto da E. Runge e W. Zangemeister (Marburg).

Tutt'e due queste pubblicazioni saranno ordinate per materia. La prima di esse accoglierà anche note preventive e riviste generali.

Augurî.

Onorificenza.

Il Console generale d'Italia a Fiume, conte Caccia Dominioni, ha rimesso all'on. dott. Antonio Grossich la commenda della Corona d'Italia, decretatagli dal Governo del Regno in segno di riconoscimento, di premio e di ammirazione per la scoperta onde il nome dell'illustre italiano si ricollega ormai a una delle più chiare e benefiche pagine della scienza.

Dice *La Voce del Popolo* di Fiume in un lungo articolo consacrato all'eminente operatore in occasione di questa alta onorificenza:

« Nel dott. Antonio Grossich non fu premiato soltanto lo scienziato, che nella generosa lotta contro ogni forma del male, ha trovato, traverso anni di studi e di esperienze genialissime, un'arma efficacissima il cui uso ha reso e rende all'umanità servigi inestimabili; ma fu premiato eziendio l'uomo integro, il cittadino chiarissimo, il gentiluomo leale ».

Le preparatrici nei laboratori scientifici in Germania.

Durante questi ultimi anni numerose donne sono state assunte nei laboratorii pubblici e privati della Germania quali preparatori (assistenti non qualificati).

Esse coadiuvano il corpo assistente nei lavori manuali come la preparazione delle sostanze coloranti, la colorazione, le sezioni al microtomo, gli esami microscopici e chimici, l'allestimento di colture batteriche, ecc.

Sono già divenute così numerose durante gli ultimi due anni, da ritenere opportuno di costituirsi in Associazione, la quale ha per uopo di tutelare i loro interessi economici e la loro dignità.

Queste assistenti mancano quasi tutte di preparazione scientifica e tecnica. D'altra parte il personale scientifico dei laboratori intende mantenerle in una posizione subordinata, per modo che si disinteressa di fornire loro più che una conoscenza superficiale delle operazioni tecniche che si richiedono da esse. In questi giorni si è però costituita a Jena una scuola per impartire un insegnamento preliminare alle preparatrici. Essa è in rapporto con gl'istituti d'igiene e di farmaeologia di quella università. E' diretta da Gärtner e Jonka. Il corso avrà la durata di un anno e comprenderà lezioni teoriche ed esercizi pratici di biologia generale, anatomia, fisiologia, batteriologia e igiene; nelle ultime settimane del corso verrà impartito un insegnamento specializzato su di un ramo a scelta.

Nella pienezza delle forze è stato abbattuto dal male il prof. **Federico Garlanda.**

Fu un uomo di straordinaria e sana operosità. L'azione fu la vera essenza della sua natura e per lui era la vita.

Vincendo gretti pregiudizi seppe associare ai profondi studi letterari iniziative ammirevoli nel campo editoriale e industriale. La sua rivista *Minerva* giovò a dischiudere agl'italiani i larghi orizzonti di altri popoli. Anche la *Minerva Medica* deve la sua vita all'attività inesauribile dell'on. Garlanda.

Il circolo di coloro che ebbero il privilegio di essergli amici fu molto esteso ed a tutti dava in abbondanza il meglio di se stesso. La sua generosa, calda personalità irradiava energia. Ci lascia un legato prezioso: un'ispirazione ed un esempio. L. V.

Si è spento a Pavia il dott. **Angelo De Vincenti.** Fu un galantuomo operoso, un filantropo saggio, un uomo di mente elevata e di nobile sentire.

Coltivò con passione il campo della neuropatologia e della psichiatria.

Aveva combattuto nelle file garibaldine.

Il suo munifico testamento, nel quale ricorda molte istituzioni caritatevoli e di coltura, è una conferma dei propositi altamente civili a cui ispirò la sua attività. C. M.

Rassegna della stampa medica.

Deut. Med. Woch., 16 genn. BRUNS. « La circolazione del sangue nei polmoni atalettasici ». — RABINOWITSCH. « La questione della tubercolosi ». — BEHRENROTH. « La neurosi cardiaca psicogena (frenocardia) ».

Zbl. f. Chir., 18 genn. FRANKE. « Amputazione della tibia sub genu come sostituzione della disarticolazione del ginocchio ».

La Presse Méd., 15 genn. DESTOT. « Pronazione e supinazione dell'avambraccio nelle lesioni traumatiche ». — PAGNIEZ. « Compito e importanza delle piastrine nella coagulazione del sangue ».

La Clin. Ost., 15 genn. LA TORRE. « I rapporti fra gli ostetrici e le levatrici ».

La Sem. Méd., 15 genn. LEUENBERGER. « Lo sviluppo dei neoplasmi per azione dell'industria dei colori sintetici ».

St. Pet. Med. Woch., 14 genn. HARTOCH. « Il compito dell'albumina nell'anafilassi ».

La Liguria Med., 15 genn. BELGRANO. « Cura della sifilide in gravidanza ». — TANFANI. « Il carattere epilettico ».

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc. genn. VAQUEZ e BORDET. « Studio radiologico della sinfisi cardiaca e delle aderenze parziali del pericardio ». — NANTA. « Il compito della tubercolosi nell'etiologia della leucemia mieloide ».

Riv. Sanit. Sicil., 1-15 genn. PARLAVECCHIO. « Caso unico di mixoma e rarissimo di idatide ».

Ann. de Méd. et Chir. infant., 15 genn. MAILLET e AINÉ. « Vomiche nel fanciullo ». — ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE. « La diagnosi del *grido* nel fanciullo ».

Journ. d. Prat., 18 genn. BROCA. « Fratture iterative; osteoclasia ».

The Lancet, 18 genn. MC CARRISON. « L'etiologia del gozzo endemico ». — WHITE. « Mixoedema ».

Brit. Med. Journ., 18 genn. CARWARDINE. « Pericolite ». — BARKER. « Sul drenaggio dell'addome ».

La Rif. Med., 18 genn. CHIARAVALLOTI. « La cutireazione del Pirquet. Importanza diagnostica della reazione generale ». — PALAZZO. « Sulla resistenza delle arterie al processo di suppurazione ».

Gazz. d. Osp., 19 genn. MARINELLI. « Cistomi ovarici voluminosi e diagnosi differenziale ».

The Journal A. M. A., 18 genn. SKILLERN. « L'arteria carotidea interna anomala e sua importanza nelle operazioni ». — BARTLETT. « L'anemia perniciosa familiare ». — GERAGHTY. « L'accuratezza della reazione alla fenolftaleina per l'esame della funzione renale ».

Berl. Klin. Woch., 20 genn. JONES. « I progressi dell'elettroterapia ». — TIETZKE. « Sulla tecnica per la resezione parziale del gozzo ». — RABINOWITSCH. « Reperti ematici nella tubercolosi. — BÜRGER e BENMER. « La chimica dei lipoidi del sangue ».

Paris Méd., 18 genn. GUILLAIN. — « Il trattamento delle paraplegie spasmodiche ». — MILIAN. « Le sanguisughe ». — MOREAUX. « Sulle complicazioni impreviste dell'adeno-amigdalectomia ».

Le Bull. Méd., 18 genn. AVIRAGNET e HALLÉ. « Il fenomeno d'Arthus gangrenoso nella difteria ».

La Presse Méd., 18 genn. COURMONT. « Rapporti tra gli accidenti sero-anafilattici e le forme della tubercolosi (fibro-tubercolosi, reumatismo nodoso) ».

Gaz. d. Hôp., 18 genn. PAILLARD e DE FOUTBONNE. « Le reazioni delle meningi nelle intossicazioni ».

Klin.-ther. Woch., 20 genn. GOEBEL. « La cura operativa del morbo di Banti ».

La Prov. Méd., 18 genn. JABOULAY. « Origine e natura del cancro ».

Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 genn. REH e MÉROZ. « Bacilli pseudo-difterici e otiti medie ». — HORNEFFER e GAUTIER. « Tumore del cuore ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. **Roma, 6 aprile 1913** Fasc. 14

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MAGGIORE DI VERCELLI.

I[a] Sezione di chirurgia generale e ginecologia diretta dal dott. cav. uff. A. GRILLO.

Adenomioma dell'utero e tubercolosi utero-annessiale complicata

per il dott. PAOLO COSTANTINI, assistente.

Pare non priva di interesse l'illustrazione di un caso osservato in questa sezione chirurgica per il singolare reperto anatomo-patologico che associa lesioni ben rare dell'utero, per l'andamento clinico di esso e per certe particolarità risultate dallo studio istologico dei pezzi asportati operativamente.

Z... A.., da Desana, contadina, d'anni 41, è inviata all'ospedale dal medico curante che la riscontrò affetta da lesione ginecologica.

Nella sua famiglia ed in quella del marito non si ricordano malattie degne di nota. Da bambina pare abbia sofferto di morbillo e di pertosse.

Mestruò a 16 anni; le mestruazioni furono sempre regolari e dopo il matrimonio non ebbe a notare variazioni e stette sempre ottimamente fino a 2 anni fa circa, allorchè ebbe a notare dei dolori localizzati al basso ventre, specialmente a destra, che andarono gradatamente accentuandosi, aggravandosi ad accessi rispondenti dapprima molto sensibilmente alle epoche mestruali, ma in questi ultimi 5-6 mesi facendosi quasi continui e veramente insopportabili in certe ore di talune giornate. Non ebbe mai emorragie; un certo qual grado di stitichezza che dapprima era stato da lei stessa notato, ora è pressochè scomparso. Ha leggera leucorrea; non sa di aver avuto febbre; non ebbe mai brividi; non si rileva dai dati anamnestici che vi sia stata infezione blenorragica.

All'esplorazione si sente un utero alquanto ingrossato, leggermente spostato a sinistra, fisso, collo uterino turgido, duro. A destra si sente una massa grossa quanto un uovo, dolentissima, irregolare, fissa, addossata ed aderente all'utero.

Si decide l'operazione ed il 17 luglio 1912, in narcosi mista cloroformio-eterea, in posizione di Trendelenburg si procede a laparotomia sottoombellicale (oper. dott. Grillo).

Si trova un'ansa del tenue intimamente aderente all'angolo destro dell'utero. Si libera l'ansa la quale mostra in questo punto una perforazione della larghezza di un centesimo situata presso l'inserzione mesenterica. Le pareti, sierosa e muscolare dell'intestino, all'intorno della perforazione, sono infiltrate, ispessite, per un'area grande quanto un soldo e paiono costituite da un tessuto friabile che si

direbbe neoplasico o tubercolare. Chiusi i capi intestinali con compressori, si escide tutta la parte infiltrata della parete intestinale. Si riconosce che l'infiltrazione è molto meno estesa sulla mucosa che sulle tonache esterne.

La mucosa è lesa solo in corrispondenza della perforazione. Si fa prima la sutura della mucosa, poi un secondo strato sieroso-muscolare, poi un terzo strato alla Lembert che introflette i due piani precedenti. Il lume intestinale risulta ancora sufficientemente ampio.

Gli annessi di destra sono aderenti al margine destro ed alla faccia posteriore dell'utero, al peritoneo parietale, ma più di tutto, intimamente cementati verso l' angolo dell' utero dove esisteva l'aderenza dell'intestino. L'ovaio non si distingue più. La salpinge è dilatata ed ispessita.

Si isolano gli annessi e si asportano dopo di aver messo un klemmer nel legamento largo.

L'angolo dell'utero appare allora ingrossato, bernoccoluto, colla sporgenza di diversi punti grigiastri che, incisi, dànno esito a qualche goccia di un liquido torbido con fiocchi di apparenza caseosi. Questo liquido è contenuto in diversi piccoli focolai compresi in un tessuto friabile, molle, che invade tutto il corno destro dell'utero.

Si decide, in vista delle estese alterazioni dell'utero, la isterectomia. Si conservano gli annessi di sinistra che non sono alterati e presentano solo qualche lassa fimbria di aderenze che li unisce al peritoneo pelvico. Amputazione sopravaginale del collo. Il tessuto cervicale è alquanto duro, fibroso, ma non presenta l'alterazione caratteristica del corno destro dell'utero. Lacci dei legamenti e delle uterine con catgut.

Si lascia una saccoccia a drenaggio di garza al vioformio in causa delle aderenze che hanno determinato lo scollamento del peritoneo pelvico del lato destro. Sutura in triplice strato con seta della parte alta della ferita laparotomica.

Decorso post-operatorio ottimo. Dal terzo giorno viene rimossa a poco a poco la saccoccia a drenaggio ed i primi di agosto l'A. lascia l'Ospedale perfettamente guarita.

L' inizio dei sintomi morbosi, il loro progresso, possono facilmente spiegarsi con una parte delle lesioni riscontrate e specialmente vengono chiariti dal reperto istopatologico che, mentre permette di seguire in ordine cronologico e topografico l'andamento della malattia, mette in evidenza una varietà di neoplasia uterina sulla cui entità a sè pare non sia ancora detta l'ultima parola e sulla cui genesi ad ogni modo autorevoli studiosi non si trovano ancora d'accordo, trovandosi anzi divisi in campi contrari.

La massa asportata e costituita dall' utero e dagli annessi di destra, viene immersa in formalina al 10 % insieme coni pezzi escisi all'intorno della lesione dell'ansa intestinale. Questi ultimi, induriti nella serie degli alcooli ed inclusi in paraffina come tutti i pezzi prelevati sia dall'utero che dagli annessi, vengono orientati in modo che tutto lo spessore della parete del viscere è messa in evidenza ed i tagli risultano così perpendicolari al lume intestinale.

Colorati con ematossilina-eosina o col metodo del V. Gieson, mostrano all'evidenza di essere costituiti dall'orlo di un'ulcera tubercolare dell'intestino.

Come già poteva arguirsi dall'aspetto macroscopico della lesione, succede qui il contrario di quanto si è soliti vedere nella tubercolosi intestinale. L'infiltrazione specifica è molto più evidente ed abbondante nelle tuniche esterne. Grosse cellule giganti con numerosi nuclei alla periferia, cellule epitelioidi e infiltrazione linfocitaria nel tipico aspetto del tubercolo si trovano nello strato muscolare, mentre la sierosa, infiltrata, ispessita, è pure sede di tubercoli meno tipici.

La lesione specifica è presente in minor grado nell'apparecchio linfatico della sottomucosa e precisamente solo a livello e in tutta la vicinanza della perdita di sostanza di essa ove l'epitelio è caduto, e si manifesta essenzialmente con forte infiltrazione linfocitaria, racchiudente a tratti qualche cellula grande con nuclei chiari, vescicolari, di carattere nettamente epitelioide, molto probabilmente originanti dagli endotelii della trama dei follicoli linfatici, senza arrivare allo stadio della cellula gigante. Tutti i vasi sanguigni sono oltremodo dilatati. Con sicurezza si può affermare che l'infezione è stata innestata nella tunica esterna della parete intestinale e progredì verso l'interno di essa.

L'utero, fissato in formalina ed indurito, viene diviso fino alla cavità con un taglio sulla faccia anteriore che passa per il collo e si mantiene perpendicolare ad una retta che passerebbe per le inserzioni uterine delle trombe. Risulta che la distanza fra questa superficie di taglio ed il corno destro dell'utero è di mm. 20, mentre fra la superficie stessa ed il corno sinistro è di mm. 44. L'insieme dell'utero

in verità ricorda molto da vicino la figura 2 della tavola II annessa alla pubblicazione classica che il Recklinghausen pubblicò nel 1896 (1). Un altro taglio viene condotto partendo dal corno sinistro dell'utero ad eguale distanza delle due faccie anteriore e posteriore di esso; cosicchè questa parte del viscere, evidentemente ingrossata ed anormale, resta così divisa in due parti. Quest'ultima superficie di sezione offre un aspetto tutto particolare. Già macroscopicamente appare che il tessuto uterino è invaso da un nodo neoplasico occupante tutto l'angolo destro dell'utero. Solo una piccola lista del normale tessuto muscolare, che è ben evidente verso il fondo dell'utero e viene sempre meno nettamente individualizzata verso l'angolo tubarico, dove si confonde col tessuto necrotico friabile già notato di questa località, delimita il tessuto neoplasico.

La sede del tumore e la sua apparenza macroscopica induce a pensare trattarsi di un adenomioma.

È noto infatti che, come già notava il Recklinghausen, questa interessante forma di tumore uterino può interessare tutto l'organo che viene affetto da una fibromatosi diffusa, la quale, secondo gli studi specialmente del Cullen, mette sull'avviso l'occhio appena un poco esercitato nell' anatomia patologica di questi tumori. Come ben nota il Cova (2), hanno specialmente contribuito non poco a rendere noto l'aspetto macroscopico di essi le illustrazioni accurate ed abbondanti che adornano le opere del Cullen. Oppure anche abbastanza frequentemente sono la sede di tali tumori gli angoli tubarici od anche le stesse trombe, specie in vicinanza dell'utero (3).

In questi ultimi casi l'aspetto macroscopico è diverso. Si tratta di solito di fibromi a piccoli nodi multipli, la cui limitazione però il più delle volte riesce mal definita. Le fibre del tessuto formano ad ogni modo delle spirali irregolari o più frequentemente dei veri vortici attorno ad una specie di centro che bene spesso è appunto costituito da isole di tubuli epiteliali del tipo delle ghiandole uterine. Attorno a questo centro il tessuto immediatamente addossato ai tubuli epiteliali è molle, cedevole, elastico, ed è costituito da tessuto citogeno che forma come un mantello talvolta tutto all'intorno.

Il nostro caso rispecchia questa seconda specie di lesione. Perciò vengono fatte, su pezzi tagliati parallelamente alla superficie di sezione e convenientemente induriti ed inclusi, delle sezioni grandi così da comprendere quasi tutto il segmento di utero invaso.

Quanto mai interessante è il reperto microscopico. Specialmente le sezioni colorate col metodo del V. Gieson mostrano che il tessuto friabile, molle, presentante diverse sporgenze grigiastre che al momento dell'operazione davano esito a qualche goccia di liquido torbido ed a fiocchi dall'apparenza caseosi, è veramente costituito dal tessuto uterino, muscolare e sieroso, in preda ad evidentissimo processo tubercolare. Sono frequenti le cellule giganti tipiche, grandi, con nuclei a corona, talvolta al centro di un tipico tubercolo. Più frequenti e senza ordine si scorgono ammassi linfocitari includenti cellule epitelioidi. Verso la periferia vi sono vaste e disordinate aree di tessuto necrotico, caseoso, friabile.

Il processo infiammatorio comprende lo strato di tessuto incapsulante il tessuto tumorale, e talvolta si addentra ed invade anche quest'ultimo senza tuttavia avanzarsi tanto e limitandosi ad un centimetro circa dalla periferia, ove si riduce, più che altro, ad una infiltrazione parvicellulare.

Il tumore è costituito da fibre muscolari liscie riunite in fasci intrecciati ed avvoltolati in tutti i sensi, penetrati, intersecati ed alternati da frequenti tratti di fibre connettivali che spiccano specialmente in vicinanza dei vasi. Il tessuto si fa più compatto e perciò più abbondante in fibre connettive stipate e radunate con minor quantità di fasci muscolari in svariatissimi e frequenti vortici già notati ad occhio nudo, lascianti un piccolo centro libero da tessuto, di forma, nel maggior numero dei casi, rotondeggiante, abbastanza frequentemente allungata, stellata. La cavità cistica così formata è tutt'all'intorno limitata

(1) RECKLINGHAUSEN. *Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und Tubenwandung*, Berlin, Hirchwald, 1896.

(2) E. COVA. *Rendiconto clinico per l'anno 1909-1910*, pag. 39.

(3) E. FERRONI. *Due gravidanze extrauterine rispettivamente associate a tubercolosi e ad adenomioma degli angoli tubarici*. Annali di ostetricia e ginecologia, gennaio 1910.

da uno strato di cellule talvolta nettamente cubiche, abbastanza spesso cilindriche, con nucleo ben evidente rotondeggiante od ovale, più frequentemente posto in vicinanza della base cellulare, senza tuttavia acquistare l'aspetto delle note cellule a palizzata del canale cervicale. Il protoplasma non è gran che omogeneo; pare piuttosto granuloso e poco colorabile. In qualcuno di tali tubuli epiteliali pare di scorgere, non nettamente, delle cellule con ciglia vibratili.

Lo strato epiteliale quasi costantemente si adagia su di un tessuto connettivo lasso, a tipo adenoideo, ricco di elementi cellulari simili ai linfociti accolti in una rete delicata di fibrille connettivali e cellule fusiformi e stellate.

Questo reperto è costante allorquando diversi tubuli epiteliali sono ragguppati in tutta vicinanza formando un solo focolaio oppure quando, essendo isolati, sono specialmente di figura irregolare, allungata, stellata; manca generalmente allorchè sono isolati e quasi nettamente circolari. In questi casi sono abbastanza ampii, l'epitelio appare meno alto, schiacciato, e riposa direttamente su fasci fibro-muscolari del tumore.

La salpinge, fortemente ispessita ed ingrossata, contorta e talvolta leggermente bernoccoluta, viene sezionata perpendicolarmente al suo grande asse — vi si scorge una intensa e diffusa infiammazione tubercolare. Si trovano cellule giganti grandi e tubercoli in differenti fasi evolutive, sia nella tunica mucosa sottoepiteliale, alla base di pieghe di essa, sia al loro apice, sia nella tonaca muscolare che in molti punti è devastata, dissociata, ridotta talvolta in sostanza necrotica. L'epitelio in genere riveste il condotto — solo talvolta appare fortemente appiattito. La mucosa uterina in più punti osservata rivela un discreto grado di endometrite glandulare.

È ispessita e gli sfondati ghiandolari profondi sono circondati da connettivo fortemente infiltrato di cellule embrionarie che si addensano talvolta in ammassi rotondeggianti quasi rudimento di tubercolo. Non si riesce però a vedere il tubercolo tipico e con ciò nessuna cellula gigante.

Dalla semplice esposizione del reperto patologico macro e microscopico, risulta, come dicevamo, la discreta singolarità del caso descritto.

Ben è vero che l'adenomioma dell'utero è forse meno raro di quanto per l'addietro si riteneva.

Infatti non sempre l'esame istologico viene eseguito in casi di tumore uterino in apparenza presentante macroscopicamente il reperto banale del fibromioma, che altrimenti (1) la casistica sarebbe a tutt'oggi molto più numerosa a tale riguardo.

Ad ogni modo è già interessante notare che l'infezione tubercolare interessa fortemente gli annessi del corno destro dell'utero e che il Pilliet (2) insistette su di un reperto di speciali fibromi uterini legati a salpingite. Essi si svilupperebbero intorno alla tromba infiammata e conterrebbero quasi costantemente dei diverticoli epiteliali provenienti dalle trombe di cui le cellule di rivestimento sono in via di prolificazione, mentre il Cullen, nella sua pregevole memoria (pag. 67) nota su 15 casi di adenomioma uterino, 10 casi in cui si aveva qualche alterazione degli annessi, almeno aderenze da pelviperitonite, altre volte complicanze neoplasiche (2 casi), delle ovaia similmente ai casi descritti dal Cova; che inoltre nella memoria del Ferroni tale lesione si associa a gravidanza extrauterina di cui, secondo l'autore, potrebbe essere la causa prima favorendo l'arresto dell'uovo nella tuba, per le modificazioni grossolane e minute a cui va incontro il lume tubarico nel segmento leso e in certa misura anche nei circostanti.

Può essere interessante ricordare di sfuggita che oltre alle due teorie fondamentali emesse a spiegare la genesi degli adenomiomi uterini, quella del Recklinghausen che li fa derivare da residui del corpo di Wolff e quella del Kossmann, accettata dal Cullen, dall'Hauser, dal Diestervec ed in parte dal Meyer, la quale ammette più probabile la loro origine da elementi derivati da germi embrionali, inclusi, di tubi del Müller, esiste altresì quella che fa derivare gli ammassi ghiandolari in essi osservati, dalla mucosa della cavità uterina che verrebbe invaginata e trascinata lontana dalla sua sede normale dal tumore, fibromioma, nel suo sviluppo. Questi reperti anzi, per gli au-

(1) E. COVA. *Adenomiomi dell'utero associati a cisti dell'ovaio*. Folia Gynecologica, vol. I, 1908, fasc. II.

(2) PILLIET. Séance de la Soc. de Biologie, février 1896; Semaine médicale, 1906, pag. 92.

tori che sostengono simile ipotesi, sarebbero argomento valido in sostegno della teoria che spiega l'insorgere dei miomi da causa infettiva. Il tumore, dapprima sottomucoso, sviluppandosi, si allontana, perde ogni contatto colla mucosa stessa e trascina lontani, fino a renderli sottosierosi, gli elementi ghiandolari presi dalla mucosa (1). La proliferazione embrionaria osservata in questi tumori, circondante tali invaginazioni ghiandolari, viene interpretata come un tessuto di infiltrazione infiammatoria.

Non è di nostra competenza certo l'interloquire in simile questione. Le discussioni di eminenti studiosi continuano senza che l'una o l'altra specialmente delle prime due ipotesi possa dirsi vinta.

Nel nostro caso la sede molto lontana degli elementi ghiandolari dalla cavità dell'utero, e la mancanza di continuità fra il tessuto neoplasico e la cavità uterina per cui il tumore è isolato nel corno destro ingrossato, porterebbe ad escludere la teoria dell'inclusione infiammatoria. Piuttosto rientrerebbe il nostro caso, fra quelli esposti ed illustrati dal Pilliet, o, per il frequente e quasi costante reperto di tessuto citogeno circondante i tubuli, conforterebbe la teoria del Kossmann.

Come nota il Kroemer (2), le lesioni tubercolari della tuba indicano chiaramente che l'infezione non trae origine dall'intestino o dal peritoneo e che con tutta probabilità la diffusione avvenne per via linfatica o ematica. Tubercoli infatti si trovano disseminati nella parete e nella mucosa della tromba mentre nel caso contrario si troverebbero illesi o quasi gli strati interni di quest'organo e più affetti gli strati periferici.

L'infezione fu secondariamente innestata alla superficie uterina, il che nettamente risulta dalla osservazione delle sezioni per l'aderenza contratta dalla estremità tubarica al viscere. Così pure fu all'intestino comunicata la lesione tubercolare in seguito all'aderenza protettiva da questo contratto con l'estremità della tuba.

Questa fu l'ultima complicanza della malattia e non la meno interessante. Sempre secondo il Kroemer vi sarebbe un gran numero di operatori che, facendo una laparotomia per tubercolosi peritoneale, escidono le tube per impedire la migrazione dei bacilli tubercolari da esse nella cavità sierosa ed egli stesso preconizza l'escisione delle tube anche nella tubercolosi peritoneale primaria.

Ciò dimostra come sia frequente l'invasione da parte dell'infezione, della sierosa.

Nel nostro caso l'aderenza protettiva localizzò il male e difese in modo singolare e completo la cavità peritoneale. In nessun modo fu possibile constatare l'ispessimento nodulare che, secondo l'Hegar e la sua scuola, non mancherebbe mai di riscontrarsi palpando il peritoneo dello spazio del Douglas.

La diagnosi sicura della speciale affezione infiammatoria non si era ad ogni modo potuta porre. La poca dolorabilità che secondo gli autori dovrebbe ridestarsi in simili casi non era qui sintoma utile perchè anzi qualche volta dolori forti ed anche spontanei si erano avuti. Piuttosto avrebbe potuto aver valore il difetto di buoni risultati della terapia praticata dal medico a base di risolventi ed antisettici che di solito riescono in casi di infezioni gonorroiche ad esempio.

Il reperto all'esplorazione rilevava soltanto con sicurezza la tumefazione annessuale che per non essere bilaterale come per lo più avviene in casi di tubercolosi genitale interna, sviava piuttosto la mente dal concetto di essa mentre il comportamento del flusso mestruale e l'andamento lungo della malattia faceva escludere la gravidanza extrauterina.

La fissità dell'utero consigliò la via laparotomica, la sola che in questo caso singolarmente complicato potesse permettere di dominare completamente la situazione.

(1) LEGUEU e MARIEN. Bull. de la Soc. anatomique, 1896.

(2) KROEMER. *La diagnosi e la terapia della tubercolosi genitale della donna.* Deutsche med. Woch., n. 23, 1911.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Un caso di prolasso dell'uretra muliebre guarito stabilmente con un metodo operativo proprio. Applicazioni di questo metodo alla cura di altri prolassi.

(G. PARLAVECCHIO. R. Accademia delle scienze mediche di Palermo, 27 luglio 1912).

L'A. fa la storia delle conoscenze incomplete di questa rara affezione, fermandosi specialmente sulla patogenesi di essa, che rappresenta la parte più discussa e la più importante in rapporto alla cura.

Critica le teorie patogenetiche sinora avanzate, le quali non riescono a spiegare bene il meccanismo di produzione del prolasso, perchè non tengono conto dell'azione della tunica muscolare dell'uretra, e sopratutto del meato, che rappresenta la parte più stretta e meno estensibile del canale.

Secondo il P., il prolasso della mucosa uretrale non può prodursi se non si verificano queste due condizioni: 1° che il meato, perduta la sua tonicità, si sia sfiancato, in generale, insieme con parte della tunica muscolare; 2° che il tessuto sottomucoso sia divenuto più lasso, allentando le già poco salde connessioni tra il tubo mucoso e quello muscolare, e rendendo possibile lo scivolamento del primo sul secondo. Mancando l'una o l'altra di queste condizioni, il prolasso non si forma.

Tale concezione patogenetica, confortata dai reperti istologioi, spiega esaurientemente la maniera di agire delle varie cagioni predisponenti e determinanti.

Venendo ora all'esame dei vari interventi curativi sin qui adoperati, dimostra che essi hanno tutti il torto di agire sulla mucosa prolassata (cauterizzandola, asportandola, restringendola, torcendola sul suo asse).

Nessuno ha pensato di correggere lo sfiancamento del meato, fattore principale del prolasso.

A questo obbiettivo patogenetico è invece indirizzato il metodo dall'O. ideato ed applicato con successo completo e duraturo in un caso di prolasso ribelle.

Questo metodo consiste nell'applicare una specie di sfintere sottomucoso di seta intorno al meato. La seta (n. 2) viene passata mediante un ago, e stretta quanto lo permette un catetere da donna messo nell'uretra per calibrarla. Il nodo dev'essere parimenti affondato nella sottomucosa, magari con un punto di sutura.

L'operazione, di estrema semplicità e benignità (l'armamentario si riduce ad un ago e ad un catetere!), non richiede neanche un'ora di degenza a letto; il prolasso sparisce subito; la mucosa si modella sulle regolarizzate dimensioni del tubo muscolare; gli elementi elastici e muscolari, sottratti alla distensione che li aveva sfiancati e fatti degenerare, vengono messi nelle condizioni di rigenerarsi e di riprendere la tonicità; intorno allo sfintere di seta si forma un anello di infiltrazione parvicellulare, che si trasforma in seguito in anello fibroso, ripristinante il calibro e la inestensibilità normali del meato.

Il filo è stato sopportato benissimo, non avendo cagionato nè dolori, nè fastidi, e molto meno flogosi.

Dopo circa due mesi affiorò il nodo e poscia anche l'emicerchio; al 50° giorno il filo venne asportato.

Oggi, dopo due anni e 7 mesi, il risultato si può considerare definitivo, non essendosi più presentato alcun accenno di recidiva, malgrado che l'inferma accudisse abitualmente a pesanti lavori manuali.

L'O. ha usato questo metodo, con le opportune varianti, in un caso di retto- e cisto- cele vaginale, in un altro di prolasso anale, modificando quello di Thiersch, e si propone di usarlo nella incontinenza di urina delle donne. Ne riferirà a suo tempo i risultati lontani.

T. F.

L'uretroplastica con trapianti venosi deve essere conservata.

(LERICHE. *Presse Médic. d'Egypte*, n. 5 del 1912).

L'A. riferisce ampiamente tutti i tentativi che sono stati fatti in Francia e fuori di uretroplastiche con trapianti venosi, da parte di Cavaillou, Tanton, Tietze, Nuger, Stettiner, Becker, Patel, Tuffier, Legueu, Bazy e Marion, Blanc, Gayet, Bernard, Cotte, Lexer ecc., e si fa quindi la domanda se oggidì si possano trarre conclusioni sicure.

Innanzi tutto, *sperimentalmente*, il trapianto venoso riesce facilmente con qualunque tecnica

adoperata, ed anche senza previa derivazione delle urine, comportandosi la vena come un tubo inerte, il cui endotelio è rimpiazzato da un epitelio stratificato pavimentoso in linea definitiva (Tanton e Combe). In *chirurgia umana*, dalle osservazioni pubblicate, risulta, che *mai* è riuscito il trapianto quando il tratto di vena è stato cucito all'uretra incisa ed escissa; e che il *raccordo vascolare* può riuscire solo quando è nascosto in un tunnel scavato attraverso la verga. Gli insuccessi nell'uomo, mentre nel cane si sono avuti quasi costantemente successi operatorii, sono dovuti al fatto che le condizioni non erano identiche: nell'uomo gli innesti sono stati fatti il più spesso sopra uretre callose, infiltrate, cronicamente infette, attraverso un perineo fistoloso, e già affetto da suppurazione. Appare quindi chiaro che la sutura doveva riuscire impossibile.

È dunque della massima importanza lo stato del terreno dove viene fatto il trapianto. Il trapianto libero, venoso, o dermo-epidermico, adoperato per ricostituire un'uretra, non può essere tentato negli stenotici.

Ma può il raccordo vascolare riuscire quando è impiantato dopo tunnellizzazione? In questo caso le condizioni di vita sono affatto differenti; la sonda porta-trapianto applica questo direttamente per tutta la sua faccia esterna contro tessuti ravvivati e sterili. Se si è avuta cura di privare della loro mucosa le due zone di raccordo, il trapianto deve attecchire senza che vi sia bisogno di mettere alcun punto di sutura.

Sperimentalmente non vi sono tentativi; clinicamente i risultati non sono dimostrativi. Tanton, Becker, Marion, Nové-Iosserand hanno avuto insuccessi.

Ma, pure ammessa la possibilità, quale è la utilità di un tal trapianto? Questo non semplifica affatto, nè oggidì potrebbe dare migliori risultati dei trapianti dermo-epidermici specialmente colla tecnica attuale, descritta da Nové-Iosserand e Papadopoulos (uretrostomia perineale preventiva, e chiusura del meato ipospadico in un primo tempo; tunnellizzazione e trapianti in un secondo tempo, fatto due mesi più tardi).

Non si può dire se in avvenire le cose rimarranno come allo stato attuale.

G. QUARTA.

MEDICINA SOCIALE

Sulla valutazione e sul trattamento delle malattie traumatiche del cuore e dei vasi.

(RUMPF. *Medizinische Klinik*, 1912, n. 45).

Nell'ultimo Congresso medico internazionale degli infortuni tenutosi a Düsseldorf, il Rumpf ha riferito sulle malattie traumatiche dell'apparato cardio-vascolare, indicando i criteri, in base ai quali può decidersi se ed in quanto un infortunio possa determinare alterazioni anatomiche o disturbi funzionali del cuore e dei vasi.

Il rapporto di causalità fra il trauma e le malattie dell'apparato cardio vascolare non è sempre così evedente come gli infortunati aspiranti ad un indennizzo pretendono.

Quando per un colpo esterno sulla regione del cuore la funzione di questo cessa immediatamente o è gravemente alterata, quando cioè al trauma diretto seguono immediatamente la morte o notevoli alterazioni anatomiche del cuore, allora si può con sicurezza parlare di cardiopatia traumatica.

Ma il più delle volte si tratta di cercare il rapporto fra un infortunio ed un processo morboso cardio-vascolare diffuso, lento e denunziato dall'interessato qualche tempo dopo l'accidente.

Per risolvere una tale quistione l'esame obbiettivo è per lo più insufficiente. È necessario allora stabilire con la maggiore possibile esattezza i precedenti del periziando; bisogna accertare se e quali fatti precedentemente all'infortunio hanno potuto avere un'influenza dannosa sul cuore, se essi hanno prodotto fenomeni morbosi, ed infine se e quale influenza sui disturbi preesistenti deve attribuirsi all'infortunio.

Purtroppo però non sempre l'anamnesi dà un punto di partenza sicuro per stabilire le condizioni del cuore e dei vasi al momento dell'infortunio.

L'esame obbiettivo sarà tanto più conclusivo quanto più presto sarà praticato. Per quanto si debba tener conto che alcuni vizi valvolari, che certe forme morbose del miocardio, che il processo sclerotico delle arterie coronarie, come di tutto l'albero arterioso possano sottrarsi alla diagnosi, pure è difficile che i casi avanzati possano decorrere senza sintomi. L'esame deve naturalmente essere accurato e completo, ed oltre i comuni mezzi semeiologici bisogna praticare la radioscopia ed eventualmente la radiografia della regione cardiaca, la misurazione della pressione vasale, l'esame delle urine.

Bisogna inoltre confrontare la natura e l'intensita delle lesioni constatate con la natura e la intensità del trauma. Quando esiste una forte

sproporzione tra questi elementi per lo meno non si può attribuire all'infortunio tutto quanto di patologico si è constatato nel soggetto. Nel caso, per esempio, che si avesse a constatare un vizio valvolare già avanzato in un individuo, il quale abbia patito un leggero trauma al petto non può la malattia mettersi in conto dell'infortunio, al quale tutto al più potranno attribuirsi i passeggeri disturbi nervosi e circolatorî inerenti alla malattia preesistente, eventualmente suscitati dal trauma.

D'altra parte bisogna tenere pure presente che talora immediamente dopo il trauma non si manifestano che leggeri disturbi funzionali, mentre con l'andar del tempo si stabilisce una vera malattia organica.

Al proposito l'A. narra il caso capitato alla sua osservazione, di un individuo che in seguito a grave trauma del petto non presentò altri disturbi che una tachicardia ed una tachipnea.

L'esame del cuore fatto in primo tempo fu completamente negativo; ma in seguito comparvero rumori alla punta e sul focolaio dell'aorta, cui seguì una notevole ipertrofia del cuore. Evidentemente tali fatti erano dovuti al riassorbimento dell'emorragia prodotta dal trauma nelle valvole ed alla successiva retrazione cicatriziale.

Talora in casi di disturbi di cuore manifestatisi in seguito ad infortunio non si riscontra allo esame obbiettivo alcun fatto a carico del cuore, ma si riscontra invece una grave arteriosclerosi. Questa era certamente preesistente al trauma, il quale non ha fatto altro che provocare i disturbi circolatorî, che il più delle volte scompaiono in breve tempo. Ma spesso o quasi sempre l'infermo si rifiuta di tornare al lavoro, e ciò perchè egli per lo stato delle sue arterie, dopo il riposo, non ha più l'energia di ritornare al lavoro.

Senza dubbio questi casi offrono le maggiori difficoltà per la valutazione delle conseguenze dell'infortunio. La legge prescrive che tutte le conseguenze dannose dell'infortunio devono cadere a carico di questo, e quindi un individuo che si trovasse nelle condizioni sopra esposte dovrebbe essere indennizzato come se tutta la sua capacità lavorativa fosse stata abolita unicamente dal trauma. Ma bisogna pur tenere conto che l'individuo affetto da arteriosclerosi avanzata per la progressività di questa affezione nel corso di pochi anni avrebbe perduto in tutto o in parte la sua capacità al lavoro, anche se non fosse intervenuto il trauma.

Nella valutazione di tali casi bisogna pertanto tener conto unicamente del danno che il trauma ha effettivamente prodotto o per i disturbi transitori che ha determinato, o per l'aggravamento permanente delle condizioni morbose preesistenti.

Non minori difficoltà s'incontrano per decidere se un aneurisma sia o no in rapporto con un infortunio. Certo quando in un organismo sifilitico si constata subito dopo un trauma, un aneurisma già sviluppato, si può escludere in modo assoluto che esso sia stato provocato dal trauma, specie quando questo per la sua sede, per la sua natura, per la sua intensità era poco adatto a determinarlo.

Ma quando l'infezione sifilitica non è dimostrabile e l'aneurisma si constata molto tempo dopo l'infortunio riesce assai difficile escludere un rapporto tra l'affezione ed il trauma. Ed allora altri criteri devono guidare il medico-perito.

Così l'A. potette escludere il rapporto col trauma nel caso di un individuo che fu colpito al petto in corrispondenza dell'arco dell'aorta dalla punta di una lima, e che poi ammalò di aneurisma dell'aorta discendente, perchè l'esame della punta della lima e della profondità fino alla quale essa era penetrata nel petto fece escludere che la punta stessa avesse potuto raggiungere l'aorta. Nel soggetto in questione fu poi svelata l'infezione sifilitica, perchè egli dopo poco ammalò di demenza paralitica.

D'altra parte non si deve dimenticare che in speciali condizioni anche leggeri scuotimenti possono provocare un aneurisma. Un individuo affetto da ateromasia dell'aorta in seguito ad un brusco movimento del corpo, fu preso da una vertigine e cadde al suolo morendo poco dopo. All'autopsia fu trovato distacco, che l'intima era distaccata dalla muscolare per un lungo tratto dall'arco dell'aorta all'aorta addominale, le e due membrane distaccate formavano una sacca che si era riempita tutta di sangue.

Ad ogni modo in presenza di un caso di aneurisma, che si sospetta dovuto a cause traumatiche, bisogna indagare sui precedenti dell'individuo in rapporto all'infezione sifilitica; fissare la specie e la gravità del trauma; stabilire esattamente la grandezza della borsa aneurismatica e confrontare la presumibile epoca del suo inizio con la data dell'infortunio, tenendo presente però che un trauma può aggravare le condizioni di un aneurisma preesistente.

Più frequenti sono i disturbi nervosi del cuore che si mettono in rapporto con un infortunio. Essi possono essere causati da contusioni al petto ed al dorso, da contusioni di altri organi e dallo spavento.

Sono caratterizzati da alterazioni ed irregolarità dell'attività cardiaca, spesso con extrasistole ed intermittenza del polso, da abnormi sensazioni nella regione del cuore, palpitazione, peso, costrizione, angoscia, attacchi di cardiopalmo.

Per quel che riguarda i disturbi nervosi del cuore provocati da traumi sul petto, bisogna tener presente le possibili alterazioni delle varie parti del cuore, che, come si à detto, possono in primo tempo sfuggire all'esame.

Tra i traumi di altri organi, che possono provocare nevrosi cardiache, stanno in prima linea quelli della testa. Nei casi di compressione cerebrale si ha bradicardia, che talora sussiste anche quando è stata rimossa la causa della compressione, o è seguita da notevole tachicardia, extrasistole e grave irregolarità dell'attività cardiaca, talora accompagnata dalle più svariate sensazioni abnormi nella regione del cuore. Tutti questi fatti con l'andar del tempo possono completamente scomparire e perciò devono ritenersi puramente funzionali. Disturbi simili possono essere provocati da contusioni dell'addome.

L'A. ha visto in seguito ad un trauma svilupparsi il morbo di Basedow, che più che alla azione diretta del trauma deve verisimilmente mettersi in rapporto con lo spavento determinato dall'infortunio. Non si può escludere che in tali casi esista una predisposizione per la forma basedowiana, che il trauma ha messo in evidenza.

Gli individui che si sono trovati in un disastro ferroviario, anche quando non abbiano riportato un trauma fisico, presentano molte volte una accelerazione del polso che scompare lentamente in un periodo di tempo variabile tra un mese ed un anno.

In seguito ad un grave shok nervoso una cardiopatia preesistente può prendere un decorso rapido e condurre rapidamente alla morte il paziente.

Gli infortuni sono raramente causa di un processo arteriosclerotico, per quanto l'A. ha potuto osservare, che in seguito a traumi, specie quelli della testa, la pressione sanguigna aumenta gradatamente e lentamente.

Il trattamento delle malattie traumatiche del cuore e dei vasi è naturalmente lo stesso che per le comuni malattie cardiache evascolari Nelle forme nevrotiche sono indicati i sedativi, specialmente gli oppiacei, i bagni caldi generali, e quando questi non sieno possiblii, le abluzioni calde dei piedi e delle mani.

Il riposo assoluto ed una dieta semplice sono indispensabili. Nei casi di colpi diretti sul cuore giova l'applicazione della vescica di ghiaccio. Quando le forme morbose sieno persisistenti si indicheranno le cure fisiche a base di elettricità e di massaggio.

Nelle forme funzionali quello che gioverà di più è la cura psichica: bisogna che il medico infonda nell'infortunato la persuasione, che egli guarirà certamente e che ad ogni modo i disturbi, che egli presenta, sono tali da' consentirgli di riprendere il lavoro.

Al riguardo bisognerà notare che tutti i malati di cuore possono per un certo tempo attendere alle proprie occupazioni.

DRAGOTTI.

INFEZIONI.

Reperto del «treponema pallidum» nel cervello in casi di paralisi generale.

Già fin dal 1857 l'attenzione degli studiosi fu richiamata sul fatto della frequenza della sifilide nella storia dei malati di paralisi generale e al giorno d'oggi la maggior parte degli studiosi è d'accordo sul fatto che la sifilide è un fattore essenziale per l'apparizione tardiva della malattia. Ma ci sono tuttavia altri autori che non intendono attribuire alla sifilide se non la parte di fattore molto comune ma non indispensabile Così Nonne (1) afferma che la paralisi progressiva non è affatto una malattia infettiva specifica del cervello.

A coloro che asseriscono « non c'è paralisi generale senza sifilide », volendo con ciò riconoscere alla paralisi il carattere di una forma sifilitica terziaria, Kraepelin (2) obbietta due argomenti principali: il primo è il lungo decorso tra l'infezione sifilitica e l'apparire dei primi sintomi di paralisi generale, comparando questo decorso con quello ben più breve della sifilide cerebrale, il secondo consiste nella refrattarietà della paralisi generale ai rimedi specifici per la sifilide.

Quest'autore, commentando i conati, riusciti fino ad ora vani, di ritrovare il *treponema pallidum* nei tessuti e negli umori dei malati, si esprime tuttavia così: « Questo non vuol dire che sia possibile negare la presenza del treponema nel corpo dell'infermo, il parassita potrebbe aver assunto forme sconosciute o aver scelto localizzazioni nelle quali non si è finora potuto andarlo a cercare ».

In questi ultimi tempi, differenti autori hanno descritto dei casi di sifilide cerebrale nei quali si è potuta dimostrare la presenza delle spirochete nella pia madre e nei vasi cerebrali.

Se fino ad ora non si era potuto trovare il treponema nel tessuto nervoso dei malati di pa-

(1) NONNE. *Syphilis und Nervensistem.* Berlin, 1902.

(2) KRAEPELINS. *Psychiatrie.* Leipzig, 1904.

ralisi generale, Noguchi e Moore pensarono potesse derivare dalla qualità speciale del tessuto nervoso, così ricco di filamenti tortuosi che avrebbero potuto benissimo nasconderli all'atto dell'esame microscopico. Questa circostanza, insieme all'altra delle similitudini serologiche tra sifilide e paralisi generale e al fatto che nella malattia del sonno si sono potuti scoprire dei tripanosomi nel cervello — la tripanosi umana essendo una malattia simile sotto certi aspetti alla paralisi generale — ha indotto Noguchi e Moore, come essi scrivono nel *Journal of Experimental Medicine* (1), a fare delle esperienze per ricercare il parassita sia sotto la forma granulare che sotto quella di spirocheta. A questo scopo, brani di cervello provenienti dall'autopsia di individui affetti di paralisi generale, furon colorati secondo il metodo Levaditi all'argento.

I pezzi erano in parte distaccati dal giro frontale, in parte dal giro retto.

Gli agenti della sifilide furono trovati in dodici casi di paralisi generale con diagnosi certa, presentante i segni classici, sia in vita che al tavolo anatomico.

Si trattava di dieci uomini e due donne: in sette casi la malattia aveva assunto il tipo cerebrale, negli altri cinque quello tabetico. I malati erano stati presi in generale per la strada, allorquando si trovavano in preda a uno stato confuso senza poter dare spiegazioni sulla durata dei loro disturbi. La durata della malattia presso questi individui fu più corta della media assegnatale comunemente nei trattati, forse questo prova che la scoperta della spirocheta sia più facile nei casi a decorso rapidamente mortale. L'età dei pazienti variava da trenta a sessant'anni.

L'obbiezione che si presenta prima alla mente del critico è la seguente: non è possibile che i casi descritti fossero in realtà dei casi di sifilide cerebrale? Tale obbiezione merita di essere presa in considerazione, ma ad essa Noguchi e Moore rispondono facendo osservare che il decorso clinico nei malati in esame, mostrò una alterazione in tutti i territori cerebrali, e non il tipo di *démence lacunaire* proprio della sifilide cerebrale. Non esistevano sintomi craniali nè altre localizzazioni a focolaio. Certo questi argomenti non sono assolutamente convincenti, perchè è possibile che un'antica meningite endoarteritica d'origine sifilitica simuli la paralisi in modo da rendere impossibile una distinzione clinica, ma l'esame post-mortale può dare sempre un'indicazione sicura. La meningite, usuale nella sifilide della base, non era presente nei casi in esame, nei quali si notava appena un ispessimento della pia, più marcata alla convessità frontale; gli altri segni anatomici mostravano pure un carattere essenzialmente paralitico e non sifilitico, mai si riscontrarono gomme.

Le spirochete furono trovate tutte nella corteccia, non se ne trovarono nè nella nevroglia nè nella pia nè nei piccoli vasi, raramente pure in prossimità dei grandi vasi.

Dott. GOD.

(1) Journal of Experimental Medicine, New York, 1° febbraio 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 23 febbraio 1913.

Presidenza del prof. **F. Durante**, presidente.

Prof. **U. Cerletti**. *Ricerche sulla struttura della nevroglia.* — L'O. dopo aver ricordato le teorie dominanti sulla costituzione della nevroglia, espone il risultato delle sue indagini sulla costituzione medesima. Nelle sue ricerche ha studiato tanto con il metodo di Weigert, come con altri metodi da lui escogitati, usando sempre fortissimi ingrandimenti da 1200 a 1600 diametri. Si è potuto così convincere che la nevroglia non è formata da cellule e fibre indipendenti, ma solo da cellule con prolungamenti filiformi.

Prof. **Campana**. Nel mentre ammiro ed apprezzo gli studi e la tecnica varia ed elaborata del dottose prof. Cerletti, che da oltre un decennio lavora su questi temi di studio del cervello umano, io non mi posso associare alla conclusione che ne trae per l'ammissione di diramazioni del corpuscolo della glia. Io mi richiamo agli studi stessi del collega e di quelli che vedono due parti distinte tra corpuscoli e filamenti della glia per rifermare il concetto istologico in questo caso, degli altri connettivi dal quale si vanno allontanando tutte quelle ingegnose interpretazioni venute dai primi progressi della tecnica colorante, con cui si vedevano soventi cellule arborescenti con mirabile canalizzazione dei propri prolungamenti ecc.; mentre la istologia dei connettivi sempre più ci viene ammaestrando di vedere in essi un corpo cellulare endoteliale, che si posa e funziona in rapporto del collageno disposto mi-

rabilmente in mille guise, secondo la funzione che deve adempiere di ambiente connettivo funzionale, di transito per filamenti e prodotti provenienti dalla circolazione o da organi più nobili.

Prof. **D. De Blasi.** *Alterazioni verificate in un giunto di conduttura d'acqua.* — L'O. ricorda di avere avuto occasione di studiare l'epidemia di tifo che si ebbe in Albano nel 1910. Fin d'allora ammise l'origine idrica dell'epidemia. Ora ha raggiunto la prova convincente della verità della sua ipotesi. Sopra un giunto della condotta di acqua di Albano passava una fogna. Ricerche fatte sul posto portarono alla conclusione che il giunto doveva essere leso e quindi non più in condizione di perfetta impermeabilità. Tolto il giunto e fatto segare, è risultato che il giunto era permeabile all'acqua esterna. L'O. illustra la sua relazione con la presentazione del giunto e con figure schematiche, dalle quali si vede la posizione reciproca fra condotta d'acqua e fogna, e come per ragioni idrauliche le acque della fogna potevano passare nell'interno della condotta, attraverso il giunto divenuto permeabile.

Prof. **Pestalozza.** *Contributo alla diagnosi dei tumori addominali.* — L'O. dopo aver parlato della difficoltà di una diagnosi esatta dei tumori addominali, riferisce la storia clinica di una malata da lui operata per fibroma del mesenterio, con asportazione di un tratto di intestino lungo 52 centimetri. Espone la tecnica operatoria seguita.

Prof. **Leotta.** A proposito del caso comunicato dal prof. Pestalozza riferisce di avere operato da due giorni una donna di anni 55, per tumore maligno del meso-digiuno (sarcoma), che ha asportato assieme al mesentere, per cui ha dovuto resecare come conseguenza 60 centimetri della prima porzione del digiuno-ileo a partire dall'angolo duodeno-digiunale in giù. Constata anche egli la grande difficoltà diagnostica di tumori mesenterici: i disturbi intestinali spesso mancano, come mancavano nel caso suo e la esistenza dell'ansa intestinale al davanti del tumore è un sintomo fallace, poichè può capitare, come nel caso suo, che il tumore si metta in rapporto con la parete addominale con uno dei lati, anzichè con il margine libero.

Crede quindi che mancando qualunque segno di valore diagnostico assoluto, alla diagnosi di tumore mesenteriale si debba arrivare indirettamente, escludendo la sede del tumore in altri organi addominali.

Dott. **P. Sabella.** *Il vaccino antigonococcico studiato negli animali e nell'uomo.* — L'O. ricorda che i sieri ed alcuni preparati farmaceutici, simili a vaccini, esplicano la propria azione nel campo delle proprietà immunitarie, nel chimismo generale del tessuto sanguigno e dei prodotti organici dei tessuti, e forse esercitano anche una speciale influenza locale, sia sui tessuti nei quali ha sede la flogosi specifica, come sui germi che ne sono la causa. Egli ha studiato una specie di vaccino antigonococcico denominato « arthigon » eseguendo ricerche sperimentali sugli animali ed osservazioni cliniche sui malati. Si è potuto convincere che l'« arthigon » è una sostanza innocua, che associata ad essudati blenorragici ne attenua gli effetti morbosi sui tessuti normali, aumenta la resistenza dell'organismo animale di fronte alle infezioni specifiche blenorragiche ed agevola il riassorbimento di materiali blenorragici purulenti.

Dott. **A. Galimberti.** *La balanopostite degli individui a prepuzio lungo fimotico.* — L'O. ha studiato quei casi di balanopostite cronica ricorrente che non dipendessero da uretrite cronica profonda, che è la causa della maggioranza di esse balanopostiti.

La fimosi congenita se non è causa di balanopostite, può mantenere le parti in uno stato di delicatezza eccezionale, da cui un più facile sviluppo di balanite. Queste forme dipendono o da condizioni predisponenti o da vere infezioni croniche, specialmente sifilide ereditaria, stati tubercoloidi predisponenti a debolezza di tessuti per anemia o stati neuropatici più di tutto di origine spinale.

In queste condizioni sono state considerate escluse tutte quelle cause di deficienza di un grado minimo di nettezza locale, da cui decomposizioni organiche, cui succedono come effetti ultimi prodotti organizzati di agenti della putrefazione e di sostanze chimicamente irritanti derivate da questi.

Con ciò si vuol venire alla conclusione che ove non esista qualcuna delle condizioni indicate, non è possibile ammettere in fimosi funzionali e passeggere come anche con stati gravi di fimosi, la esistenza di balanopostite essudativa senza una localizzazione essudativa endouretrale; dalle forme diffuse di questa localizzazione alle forme circoscritte follicolari, che assumono, specialmente nel prepuzio, le parvenze di eruzioni erpetiformi ricorrenti molestissime. BALDONI.

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 24 febbraio 1913.

Dott. **C. Canestro.** *Fistole parotidee consecutive alle operazioni sulla mastoide.* — L'A. riferisce sopra un caso di fistola parotidea consecutiva ad un'antrotomia, discutendone la genesi e parlando

del trattamento, che consistette in iniezioni di pasta di Beck.

Prof. **F. Mariani**. *Due casi di avvelenamento da ossido di carbonio trattati con iniezioni endovenose di ossigeno.* — L'A. dopo aver ricordato i suoi studi sperimentali sulla innocuità delle iniezioni endovenose di ossigeno parla su due casi di avvelenamento da ossido di carbonio venuti alla sua osservazione e nei quali praticò appunto la iniezione endovenosa di ossigeno. In entrambi i casi ma specialmente in uno di essi che si trovava in stato subcomatoso, si potè constatare in modo evidente l'efficacia di un tale trattamento.

Dott. **A. Delfino**. *Contributo alla conoscenza delle esostosi multiple.* — L'A. presenta le radiografie di un caso di esostosi multiple in una ragazza di 13 anni: basandosi sull'anamnesi famigliare dell' inferma, ritiene che nella determinazione di tale forma morbosa, abbia una grande importanza la tubercolosi e il rachitismo.

Dott. **C. Manfredi**. *L'azione dell'adrenalina e dell'ipofisina sull'apparato cardiovascolare.* — L'adrenalina non aumenta la pressione del sangue ma piuttosto modifica la parete dell'arteria diminuendone la tensione; l'ipofisina aumenta la pressione del sangue e la tensione dell'arteria. Da queste conclusioni l'A. trae le indicazioni terapeutiche diverse dei due preparati.

Prof. **M. Segàle**. *Sugli equilibri energetici patologici.* — L'A., riassunte le precedenti sue indagini (Lincei, 1913), comunica nuovi reperti intesi a dimostrare che la pressione osmotica e la concentrazione in idrogenioni abnormemente modificate da stati morbosi presentano, anche in questi abnormi livelli raggiunti, una notevole stabilità, comportandosi così in modo analogo alla temperatura.

Seduta del 3 marzo 1913.

Prof. **E. Tedeschi**. *Sopra un'azione terapeutica non ancora molto conosciuta dell'estratto di ipofisi.* — L'A. avendo osservato in un caso di collasso in un tifoso, che l'iniezione di pituitrinum, non solo aveva rialzato le condizioni circolatorie, ma aveva anche provocato un'abbondante diuresi, pensò di adoperare l'estratto di ipofisi in qualche cardiopatico in istato di iposistolia e con oliguria spiccata; l'effetto diuretico si ebbe, ed evidentissimo.

Interessante fu il caso di un nefritico cronico, in pesiodo uremico, il quale da 24 ore era anurico, nonostante l'uso dei rimedi diuretici più accreditati: l'estratto di ipofisi determinò una diuresi di circa mezzo litro. L'azione dell'estratto di ipofisi è transitoria nè si può ad esso ricorrere in modo ravvicinato e ripetuto: esso può ciononondimeno trovare talora applicazioni utilissime.

Quanto al meccanismo d'azione, l'O. ritiene che la diuresi debba connettersi con l'umento della pressione arteriosa senza escludere però, che possano intervenire altri fattori.

Prof. **L. Tomellini**. *Perdita o debilitazione organica per estirpazione di milza?* — L'A. riferendosi al caso di un individuo il quale, in seguito ad una ferita penetrante in cavità era stato operato di estirpazione della milza, e che, dopo un anno dall'avvenuta operazione stava perfettamente bene, ritiene che in tali casi la mancanza della milza, in senso medico-legale, non costituisce perdita di un organo, ma indebolimento della funzione ematopoietica, non inducendo tale mancanza alcun disturbo: vi sono altre parti dell'organismo che ad essa sono capaci di supplire.

Dott. **F. Morelli**. *Azione dei bacilli tubercolari morti iniettati sotto la cute degli animali a dosi massive.* — Con l'iniezione sotto la cute degli animali, di bacilli tubercolari uccisi al calore, in dosi massive, si sviluppa nel punto di inoculazione un focolaio di suppurazione, contenente una massa caseosa omogenea, il quale consente la vita dell'animale finchè non si proceda alla sua enucleazione.

L'A. basandosi sullo studio delle proprietà biologiche del siero di sangue degli animali prima e dopo la asportazione degli ascessi, osservò costantemente una reazione difensiva generale blanda od assente prima dell'atto operativo, energica, invece, dopo di questo. Crede che per spiegare un tale fenomeno debba invocarsi il brusco squilibrio della reazione organica, non solamente generale, ma anche, e forse più, della locale: con l'ablazione dell'ascesso l'organismo viene ad essere privato improvvisamente della barriera che sino allora aveva mantenuto l'equilibrio di difesa, e reagisce energicamente andando così incontro ad un esaurimento progressivo che lo conduce a morte.

Dott. **L. Sivori**. *Sul potere antibatterico dei sieri antitossici e sul rapporto tra il contenuto in antigeni dei sieri immuni e l'immunità passiva.* — L'A. in base alle sue ricerche, viene alla conclusione che tutti i sieri antidifterici e antitubercolari debbono considerarsi anche come sieri antibacterici, che il loro potere anticorpo varia da siero a siero rispetto alle diverse tossine, e che

tale potere non sta in rapporto con la quantità di unità immunizzanti. Tutti questi sieri contengono pure antigeni, e tale contatazione permette di considerare il processo di immunizzazione passiva come risultato, da una parte, dell'azione disintossicante che hanno i sieri, e dall'altra, di un fenomeno di immunizzazione attiva dovuto al loro contenuto in antigeni.

L'A., infine, dimostra la possibilità di avere un siero puramente anticorpo immunizzanda gli animali per via gastrica; con tale mezzo i sieri contengono i principii difensivi e sembrano privi di prodotti tossici.

Prof. G. **Romanelli**. *Sull'impiego di siero batteriolitico antitubercolare per via rettale.* — In numerosi infermi di tubercolosi polmonare, il trattamento col siero batteriolitico Maragliano, per via rettale, ha dato risultati molto soddisfacenti, mai fatti irritativi locali; la temperatura negli ammalati febbrili fu talvolta beneficamente influenzata, in quelli apiretici non si ebbe mai il minimo rialzo termico. Si potè infine dimostrare l'assorbimento e l'utilizzazione del rimedio pel fatto del notevole aumento dei materiali specifici di difesa contenuti nel siero sanguigno.

Dott. L. **Gatti**. *Di una associazione istero-organica.* — L'A. presenta un'ammalata che dall'inizio della sue mestruazioni presentò una cefalea con tutti i caratteri della cosidetta cefalea degli adolescenti. Ma la sua durata eccessiva e la sua intensità indussero nel sospetto che si trattasse bensì di una cefalea degli adolescenti, ma ingrandita e continuata per autosuggestione. Sottoposta l'ammalata ad una seduta psicoterapica alla Babinski, il dolore scomparve in 48 ore: ormai sono passati tre mesi e si può parlare di guarigione definitiva.

L'O. accenna alla frequenza delle associazioni istero-organiche di tal genere, e conclude dimostrando che l'unico criterio per tracciare la linea di confine tra il campo organico e quello psichico è dato dal criterio psicoterapico: la psicoterapia costituisce per noi un dato diagnostico importante e per l'infermo la guarigione, o per lo meno la mitigazione delle sue sofferenze.

SEGÀLE.

Regia Clinica Medica di Genova.

Seduta 15 gennaio 1913.

Sciallero. *Modificazioni del reperto del sangue nell'autointossicazione cronica intestinale sperimentale.* — Non ostante la vasta messe di dati clinici e sperimentali, che si sono andati in questi anni raccogliendo, resta ancora spesso oscura la etiologia e patogenesi di molte forme di anemia, specie cronica e perniciosa. Tra i molti meccanismi invocati a spiegare queste forme morbose, sono state spesso indicate le autointossicazioni intestinali ed in proposito sono state anche condotte ricerche sperimentali.

Ma le ricerche sulle alterazioni del sangue in rapporto alle autointossicazioni intestinali, riguardano forme e modalità relativamente acute. Il dott. Sciallero invece porta un contributo con lo studio del reperto ematologico del sangue in animali sottoposti in modo assai lento, cronico e continuo, ad autointossicazioni intestinali, mediante una alimentazione non appropriata o con uno speciale sistema di occlusione intestinale, ed unisce il confronto del reperto del sangue di animali sottoposti alla intossicazione intestinale cronica, mediante aggiunta agli alimenti di *b. coli* ucciso, oppure alla intossicazione cronica di veleni tubercolari per via enterale.

L'A. ha trovato che alcune volte le alterazioni del sangue sono l'unico o il primo segno apprezzabile in vita delle conseguenze della data intossicazione intestinale cronica, e che queste alterazioni sono a tipo più persistente che quelle indotte dal *coli* e dai veleni tubercolari. Così, riferendosi alla cavia, riporta come reperto ematologico medio normale: globuli rossi, 5,120,000; globuli bianchi, 5,400; rapporto 1 : 949; emoglobina (Sahli), 98 %; valore globulare, 0.95. Niente da notare a carico dei globuli rossi. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 74 %: linfociti medi e piccoli 19 %; monucleati e forme di passaggio 5 %; eosinofili 2 %.

Nelle cavie sottoposte invece alla alimentazione non appropriata, consistente nella aggiunta o nella sostituzione alle verdure (che colla crusca costituiscono l'alimentazione normale della cavia) di coagulo di sangue, o di carne trita di animali sani, di cui la cavia è molto ghiotta, si hanno reperti che ricordano le infezioni croniche, l'anemia perniciosa ad esempio: globuli rossi, 2,250,000; globuli bianchi, 3,800; rapporto, 1 : 860; emoglobina 65 %; valore globulare 1 %. Discreta poichilotosi ed anisocitosi. Globuli rossi che si dispongono male in pile, qualche volta emazie nucleate. Formula leucocitaria; polinucleati neutrofili 68 %, linfociti medi e piccoli 21 %; mononucleati e forme di passaggio 10 %; eosinofili polinucleati 1 %.

L. **Gatti**. *Osservazioni sul riflesso di flessione dell'avambraccio.* — Il riflesso di flessione dell'avambraccio, ormai metodicamente ricercato in ogni malato di sistema nervoso, consiste, come è noto, nella contrazione brusca del bicipite, lungo supinatore e flessore comune delle dita quando si percuota sulla regione dell'apofisi stiloidea del

radio. L'ordine in cui sono stati enunciati questi muscoli è anche quello della loro abituale intensità di contrazione. È importante questo riflesso in causa principalmente dell'estensione del suo centro (V-VIII cervicale), per modo che una lesione, che distrugga le corna anteriori midollari, ad esempio all'altezza della V cerv., distruggendo il centro del bicipite produrrà una dissociazione del riflesso nel senso che mancherà la contrazione di questo muscolo, mentre perdura quella degli altri due; e la sua inversione, nel senso che mentre il bicipite rimane inerte, la contrazione degli altri due viene esagerata a causa della lesione del V cerv., che produce naturalmente iperreflettività nei centri sottostanti. L'esagerazione di questo riflesso è anche particolarmente evidente nella flessione delle dita; per renderla maggiormente manifesta, si può ricorrere alla manovra di estendere passivamente la mano e di aumentare così l'ampiezza di contrazione. Con questo procedimento la flessione unilaterale delle dita fu riscontrata dall'A. come unico segno superstite di lesione delle vie piramidali, guarita perfettamente dal punto di vista clinico.

Questo segno naturalmente ha valore quando sia unilaterale; la questione è dunque posta negli stessi termini di quella che riguarda l'epilessia frusta del piede: che, incerta nel suo significato patologico quando sia bilaterale, indica con tutta certezza una iperreflettività quando la si riscontri da un lato solo. E poichè questa iperreflettività monolaterale non può riconoscere che due ragioni — o una lesione articolare, facilmente escludibile, o una alterazione delle vie piramidali — così questo segno può essere un indice non trascurabile di una lesione delle vie centrali motorie.

Seduta del 22 gennaio 1913.

A. Barlocco. *Sopra un caso di angina di Ludwig.* — Si tratta di un infermo di 27 anni, il quale successivamente a carie dentaria presentò cospicua infiltrazione dura di tutto il pavimento orale (più spiccata a destra, punto di partenza del processo) estendentesi al collo ed alla porzione alta del torace; impossibilitata l'apertura della bocca; difficile la deglutizione. Sul collo e sul torace si notava semplicemente succulenza ed arrossamento della cute. La temperatura oscillava fra 37.5 e 38.5. In 50 giorni di malattia s'iniziò la fusione del processo, con fuoriuscita di notevole quantità di pus attraverso ad un seno fistoloso, in corrispondenza del 2° molare inferiore di destra. Guarigione completa in circa 15 giorni dall'inizio dei fatti morbosi. La cura fatta fu sanguisugio alla regione sotto-mandibolare, applicazione di ghiaccio, collutori antisettici.

E. Tedeschi. *Sindromi tubercolari clinicamente varie a seconda della professione esercitata.* — L'O. fa rilevare come in patologia professionale si dia abitualmente molta importanza alla professione esercitata in quanto questa può favorire o no lo svolgersi di forme tubercolari; invece è preso poco in considerazione l' elemento professionale, in quanto possa determinare sindromi speciali di tubercolosi.

L'O. ricorda, come la tubercolosi delle sigaraie offra talora un aspetto speciale a forma di *pseudoasma bronchiale*, la cui patogenesi può essere riferita sia all'azione del tabacco sulle vie bronchiali (irritazione meccanica) sia all'azione che il tabacco stesso può esercitare sulle terminazioni nervose nell'albero bronchiale stesso. L'O. ricorda la frequenza della tubercolosi laringea, come fatto precoce nelle venditrici ambulanti, negli agenti di borsa, che per la loro professione costringono a sforzi continuati le corde vocali. Si ferma poi sulla frequenza delle emottisi nei tubercolosi saturnini. Tali emottisi non si verificano solo in casi avanzati; ma anche in ammalati, i quali presentano forme sclerotizzanti. È interessante il fatto che, in famiglie in cui domina la tubercolosi, solo l'operaio saturnino è quello che va soggetto ad emottisi mentre gli altri membri della famiglia mostrano il comune svolgersi della tubercolosi, senza notevole frequenza di emottisi. L'O. cita al proposito vari esempi, che avvalorano le sue osservazioni. Forse tale spiccata tendenza all'emottisi nei soggetti saturnini è da riferirsi all'azione eminentemente vascolare esercitata dal piombo. Dott. BERTOLINI.

Società di medicina legale

Seduta del 28 dicembre 1912.

Presiede il prof. **Ottolenghi**, presidente.

Dott. **Gaetano Funaioli.** *Sull'anafilassi nei conigli sottoposti ad avvelenamento cronico per arsenico.* — Dopo aver anzitutto constatato i fenomeni anafilattici in conigli sensibilizzati con siero umano diluito in soluzione fisiologica e trattati in seguito con sangue umano, ricercò in una seconda serie d'esperienze i fenomeni anafilattici nei conigli prima sensibilizzati e successivamente avvelenati con arsenico, constatando che l'avvelenamento subacuto iniziale per arsenico influisce su detti fenomeni per quanto riguarda la loro comparsa, intensità e durata.

Qualora gli animali da esperimento invece di essere trattati col farmaco vengano sottoposti ad inoculazione endovenosa di siero di coniglio avvelenato con arsenico, si producono gli stessi fenomeni anafilattici.

Dott. A. Bellussi. *Alcune ricerche sulle ossidasi nel sangue e sul loro comportamento dopo la morte.* — Anzitutto la percentuale di questi elementi nel sangue di coniglio normale e vivente raggiunge il 20 % e la loro presenza prevale nei leucociti polinucleati.

Nelle asfissie meccaniche per occlusione delle vie aeree superiori confermò i reperti trovati dal prof. Mirto; e non le riscontrò però negli eretrociti.

La ricerca poi di tali elementi nel sangue di conigli intossicati con ossido di carbonio ne dimostrò aumento considerevole nei leucociti polinucleati sebbene non così accentuato come nelle asfissie meccaniche.

Trovò risultati interessanti nel sangue di conigli uccisi per puntura al midollo allungato, poichè in questo genere di morte ne osservò l'aumento reale e indiscutibile se non in tutti certamente in un numero discreto di leucociti. Richiama l'attenzione su questo fatto ritenendolo molto importante per la fisiopatologia delle asfissie e delle morti improvvise, poichè dimostra essere sufficiente l'eccitamento meccanico diretto o indiretto, brusco od istantaneo del centro respiratorio a provocare uno stato irritativo del medesimo che si rivela con aumento delle ossidasi nel sangue.

Da queste esperienze iniziate e che si ripromette di proseguire in vari generi di morti violente ed asfittiche, crede per ora di asserire che l'eccitamento del centro respiratorio deve avere notevole importanza nella iperproduzione di questi vettori di ossigeno e che la loro presenza nel sangue serve come una indicazione dell'azione di questo eccitamento sia che si effettui in modo meccanico o tossico o in modo acuto o subacuto.

Seduta del 21 gennaio 1913.

La morte improvvisa sul lavoro. — È messa in discussione la questione della morte improvvisa sul lavoro. Tale questione fu iniziata a proposito di una domanda del socio Ricci, il quale richiedeva un parere della Società su un caso di morte improvvisa accaduta durante il lavoro, ed a proposito di un caso personale occorso al prof. Ottolenghi. Su questa questione il Consiglio aveva indetto un *Referendum* tra i soci. Secondo i pareri espressi nel *Referendum* e secondo la discussione avvenuta, non può la morte improvvisa sul lavoro esser considerata malattia professionale, e solo in alcuni casi speciali può essere considerata infortunio.

In rapporto alla questione si fa sentire il bisogno di considerare la morte improvvisa durante il lavoro come speciale figura giuridica cui occorre provvedere con nuove disposizioni legislative.

Seguì una lunga discussione, alla quale presero viva parte i soci, e si concluse di rinnovare il *Referendum* ed estenderlo anche ad altre personalità, non appartenenti alla Società.

Dott. Bellussi. *Nuove ricerche sulla reazione chimica del sangue coll'eosina.* — In una prima serie di ricerche su questa reazione l'A. aveva dimostrato che i sali di rame (solfato di rame) in certe diluizioni danno la stessa reazione del sangue. Il dott. Ganassini, autore della reazione, obbiettò che l'A. non si era posto nelle identiche precise condizioni da lui descritte per il sangue in soluzione acquosa.

In recenti ricerche seguendo scrupolosamente le norme eseguite dall'A. si ottenne per il rame la stessa reazione del sangue.

Si rimarcò solo la differenza del tono del colore che per il sangue è il giallo tendente al roseo e per il rame giallo paglierino: differenze che però non furono costanti. In speciali casi usando date soluzioni di sangue e date soluzioni di rame o adoperando soluzioni di sangue leggermente alcanizzate la reazione si presentava colla stessa rapidità e col preciso colore.

M. Persiani. *Errori di memoria. Operazioni sperimentali di Psicologia giudiziaria.* — Furono invitati 14 studenti di legge della Scuola di Medicina legale della R. Università di Roma ad osservare per la durata di un minuto un quadro rappresentante un incendio e le relative operazioni di salvataggio esposto dalla cattedra. Richiesti senza preavviso in capo a tre giorni di narrare quello che avevano veduto si ebbero le 14 relazioni entro 6-12 minuti.

In esse si trovarono i seguenti errori: indeterminatezza in 11, inesattezze in 9, omissioni generali (avevano mancate cioè intere scene) in tutti e 14, e lo stesso vale per le omissioni in particolare. Dati contrari al vero in 9. Invenzioni in 3 soltanto. La veridicità in 4 è massima e in 7 è minima.

ASCARELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sul problema della gonorrea femminile.

La recente tendenza all'impiego del *vaccino gonococcico* a scopo diagnostico e terapeutico viene largamente esaminata da A. Martin in un accurato articolo riguardante la gonorrea femminile (*Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, fasc. VII del 1912).

La diagnosi della gonorrea nella donna è resa difficile sia per gli ostacoli e le reticenze di una anamnesi non sempre completa e sincera, sia perchè i più elementari precetti di pulizia messi in atto poco prima della visita e l'aver urinato rendono difficile il prelevamento di un po' di secreto atto ad un esame microscopico: il qual esame del resto non è in ogni caso capace di dar notizia dell'estensione e della gravità del male, specialmente nei casi non recenti. È dunque ben accetto il nuovo contributo dato dal vaccino gonococcico. Per le difficoltà tecniche di preparazione si è preferito ricorrere a vaccini fissi (*arthigon* di Schering, siero di Reiter, di Bjelinowsky, di Van de Velde) con i quali si sono ottenute nei casi positivi reazioni locali e anche generali atte a chiarir la diagnosi: la difficoltà consiste nel dosaggio che se troppo basso è inefficace, se troppo alto è pericoloso. Tuttavia la determinazione dell'indice opsonico può servir di guida alla scelta della dose opportuna.

D'altronde ben di rado giungono all'osservazione medica casi semplici e recenti, ma più spesso donne che si trovano in un periodo di riacutizzazione del male dovuto a svariate cause predisponenti al risveglio della già sopita virulenza di cocchi atrofici (mestruazione, gravidanza, puerperio, eccessi sessuali sia per coabitazione, sia per onanismo).

Il Martin con la sua esperienza di più che 40 anni viene alla scoraggiante conclusione che non si possiede ancora un mezzo sicuro per la valutazione della gonorrea femminile, specie poi dal punto di vista prognostico. Intanto la *sterilità* femminile (prescindendo dalla sterilità imputabile all'uomo blenorragico o a manovre anticoncezionali) è molto meno frequente, nelle donne gonorroiche, di quanto si afferma. Non sempre alla cervicite blenorragica si accompagna l'endometrite, la quale del resto non sempre impedisce l'attecchimento dell'uovo: piuttosto l'endometrite decidua può portare all'aborto. Maggiore importanza ha invece la gonorrea per il *puerperio*, nel quale, specie con un governo del parto non rigorosamente ed asetticamente corretto, sono frequenti le complicazioni. Non occorre poi rilevare il serio rischio che corrono gli occhi e l'ombelico del *neonato*, chè purtroppo spesso la comparsa di tali affezioni blenorragiche nel neonato porta alla diagnosi della gonorrea materna!

Nè devesi dimenticare l'importanza che la *cura medica* ha sull'andamento e sull'estensione della malattia: spesso la polipragmasia medica, specie poi da parte dell'inferma stessa, è nefasta.

La *valutazione prognostica* della gonorrea femminile deve perciò farsi con estrema cautela: ai medici capita di osservare probabilmente solo una frazione delle donne così malate, giacchè nella grande maggioranza la malattia guarisce in breve con cure profane, mentre un'altra parte diviene più o meno incurabile e rassegnata per abitudine. Delle donne curate dai medici solo una minima percentuale giunge fino all'annientamento delle funzioni sessuali e ad una irreparabile ed inguaribile affezione: gran parte invece guarisce più o meno completamente. Comunque però anche questa minima percentuale è sempre troppo alta per poter qualificare come poco seria la malattia e dobbiamo augurarci di migliorare ed estendere ancora i nostri mezzi terapeutici, finora così poco efficaci, in modo da allontanare immediatamente e certamente ogni pericolo. Guarita l'affezione locale e decorse senza disturbi alcune mestruazioni, si può sperare in una prognosi migliore circa le conseguenze remote: nei casi cronici poi il riserbo nella prognosi dev'essere ancor maggiore.

La dimostrazione dei diplococchi, facile nei casi recenti, è invece incostante e variabile negli altri; cocchi che sembrano atrofici, riacquistano il più alto grado di virulenza con opportune modificazioni del terreno nutritivo (mestruazioni, gravidanza e puerperio e sopratutto strapazzi sessuali, iperemie da pratiche anticoncezionali, pessari, cannule da irrigazione poco pulite e simili).

Di una *profilassi* da parte della donna non è il caso di parlare: si può invece raccomandare ai candidati al matrimonio, nei quali ripetute ricerche anche profonde sieno riuscite negative, l'uso del condom per i primi tempi del matrimonio.

Se in generale è da sperare un risultato positivo dalla *terapia* solo quando si sia potuta fare una diagnosi chiara e certa, sembrerebbe che, dopo la scoperta del gonococco, ciò dovesse avvenire per la gonorrea: oggi infatti nessun medico

pratico dovrebbe fare alcuna prescrizione prima di aver fatto un esatto esame del secreto, anche ripetuto in caso di reperto negativo. Ma quando si tratti di nuova esacerbazione di affezioni croniche è ben difficile ottenere questa dimostrazione positiva: purtroppo per le affezioni delle sezioni alte dell'apparecchio sessuale (tube, ecc.) noi dobbiamo ancora attenerci alle deduzioni dell'esame praticato sulle sezioni inferiori, giacchè solo al tavolo operatorio potremmo ottenere dei preparati probativi per la nostra diagnosi!

Più difficile ancora riesce la terapia per il pericolo di peggioramenti e di estensioni del male che le nostre dita o i nostri istrumenti possono provocare. Si va facendo strada perciò la convinzione dell'inutilità di cure violente il cui valore terapeutico molto incerto viene addirittura annullato dal rischio di una più profonda inoculazione del virus.

Riposo in letto, bevande abbondanti non alcooliche, cibo regolato e facilmente digeribile, regolarizzazione dell'intestino, astensione da ogni eccitazione locale e sessuale, semicupi tepidi in soluzione di sapone, lavaggi esterni con acqua tepida, compresse imbevute in leggiera soluzione disinfettante, eventualmente narcotici negli stati di forte eccitazione e d'insonnia: con questo metodo il Martin ha visto spesso guarire in tre o quattro giorni le *affezioni acute*.

Inoltre irrigazioni vaginali leggermente disinfettanti, fatte dal medico, nelle vaginiti; come pure irrigazioni uretrali, se vi è secrezione uretrale abbondante, a mezzo di una comune cannula a doppia corrente introdotta per 10-15 mm., con debole soluzione di lisolo e poi di cloruro sodico, a bassa pressione. Nessuna manovra sulla *portio*.

Nelle bartoliniti suppurate, spaccamento e zaffamento stipato. Nessun trattamento locale nelle cerviciti ed endometriti e perfino nelle salpingiti e peritoniti acute il cui scoppio talora molto impetuoso (alta febbre con brivido, alta frequenza del polso, forti dolori, segni di peritonite acutissima con collasso, vomiti e via dicendo) può tentare ad un intervento operativo: ma di solito dopo pochi giorni tutti i sintomi migliorano purchè non si associno altri germi, specie streptococchi. Nonostante tutti gli esiti sfavorevoli di una operazione in tali casi, pure molti ricorrono alla laparotomia con drenaggio, che il Martin limita ai soli casi in cui si può sperare di sorprendere ed asportare il sacco salpingeo purulento senza romperlo. Ma egli preferisce l'incisione attraverso il fornice vaginale (dove si può quasi sempre raggiungere l'ascesso) e il drenaggio, ottenendone guarigione completa.

La *gonorrea cronica*, più frequente ad osservarsi, è anche più ribelle agli usuali mezzi curativi. Anche qui riposo, dieta, tranquillità sessuale, normali funzioni alvine, provocazione della diuresi. I comuni disinfettanti opportunamente variati o anche la cura con fermenti dànno buoni risultati che permettono la guarigione dopo 3-4 settimane: solo pochi casi costringono a un intervento chirurgico. Nelle recidive si ripetono gli stessi mezzi.

Circa la cura col *vaccino* la previa determinazione dell'indice opsonico che era ritenuta necessaria è ora affermata indispensabile dal solo Van de Velde: i risultati sono finora un po' incerti anche a causa della varietà dei vaccini impiegati. I migliori risultati si otterrebbero nel trattamento di focolai isolati, specie delle sactosalpingi gonorroiche e meglio ancora nei casi più recenti: nella gonorrea vulvovaginale invece i risultati sono molto contraddittorî. Comunque può considerarsi come un metodo innocuo e relativamente meno fastidioso degli altri mezzi terapeutici comunemente usati, se pure un po' lungo: e merita di esser sottoposto a numerose prove, non foss'altro che per servirsene come una cura associata utilmente alle misure terapeutiche finora praticate.

U. ROLANDI.

L'urotubercolosi della donna.

Rilevata la rara concomitanza della tubercolosi primitiva del sistema genitale ed urinario e la frequenza dell'urotubercolosi maggiore nella donna che nell'uomo, A. Martin (*Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Juli 1912, pag. 51) constata il decorso sempre discendente dell'urotubercolosi femminile e ammette come concause produttrici le compressioni del sistema urinario più frequenti nella donna.

È possibile una diagnosi precoce della pura tubercolosi renale se vi siano: dolori vaghi della regione renale o nel bacino, esame negativo dei genitali, reazione tubercolinica positiva, albuminuria, batteriuria (50 % dei casi secondo Mirabeau), esperienze su animali. La cistoscopia (esame degli ostii ureterali) e la palpazione di uretere ispessito stabiliscono l'estensione della malattia oltre il rene.

Con Mirabeau e Wildbolz l'A. consiglia l'estirpazione del rene malato (se l'altro sia ben funzionante) persino nella diffusione della tubercolosi a uretere e vescica, sia pure a scopo palliativo. E con statistiche abbastanza incoraggianti richiama l'interesse dei medici pratici all'utilità di di una diagnosi che tanto più sarà precoce tanto meglio garantirà la guarigione durevole.

F. BAFFONI-LUCIANI.

TERAPIA.

Le sanguisughe.

L'uso delle sanguisughe va sempre più diminuendo: questo abbandono, sostiene il Milian nel *Paris Médical*, non è giustificato, perchè le sanguisughe costituiscono un mezzo pratico, comodo e facile per ottenere buone emissioni di sangue, perciò si comprende come sieno più adoperate dai medici condotti che dai medici ospitalieri.

La sanguisuga (*Hirudo medicinalis*) è un anellide dell'ordine degl'irudinei. Essa si trova nelle acque dolci dell'Europa e dell'Africa settentrionale. Una buona sanguisuga pesa in media due grammi: essa non deve fare sfuggire il sangue quando si comprime dall'estremità anale verso la bocca. Si debbono usare di preferenza sanguisughe mai adoperate, almeno si debbono gettare via le sanguisughe che hanno servito in casi di malattie infettive.

L'apparecchio di suzione è costituito da una ventosa un po' concava, nel cui fondo si trova la bocca limitata da tre labbra, tra le cui connessure si trovano tre mascelle di cui ognuna ha la forma di una sega semicircolare con cui l'animale incide la cute: la ventosa serve ad aspirare il sangue.

La quantità di sangue che in media può aspirare una sanguisuga è di 15 grammi, quindi molto di più di una ventosa scarificata e ciò è dovuto alla sua proprietà di rendere il sangue incoagulabile; il sangue resta liquido anche sullo stomaco dell'animale. Così si vede spesso che il sangue seguita a colare dalla lesione di continuo cutanea per varie ore, anche per 24, e spesso è necessario ricorrere ad emostatici.

Questa emorragia presenta i caratteri delle emorragie emofiliache: scolo a goccie, in modo continuo senza tendenza alla coagulazione: il coagulo è tardivo, molle e non aderente, non retrattile, sotto il quale il sangue continua spesso a scolare; esiste la possibilità della ricomparsa dell'emorragia quando si toglie il coagulo.

Il sangue raccolto *in vitro* ha le caratteristiche del sangue emofiliaco: coagulazione plasmatica, gran ritardo della coagulazione, mancanza di retrazione del coagulo.

Il Weil ha dimostrato che dopo il sanguisugio diminuisce anche la coagulabilità del sangue del circolo generale; anche *in vitro* l'estratto acquoso di teste di sanguisughe rende il sangue incoagulabile.

I sali di calcio non hanno alcuna azione per accelerare la coagulazione del sangue che ha subito l'azione anticoagulante delle sanguisughe, come si verifica pel sangue emofiliaco; invece basta aggiungere due goccie di siero umano per accelerare la coagulazione: da ciò risulta che il migliore metodo per combattere l'emorragia per sanguisughe è di medicare la ferita con polvere di siero disseccato o con garza imbibita di siero antidifterico o di siero di cavallo.

Per quel che riguarda l'applicazione delle sanguisughe è opportuno lavare la cute con acqua tiepida e sapone ed asciugando poi con forza in modo da provocare un'iperemia che stimola gli animali alla puntura: nel caso questo non fosse sufficiente, basta umettare la cute con latte o con acqua zuccherina.

Per quel che riguarda la tecnica dell'applicazione bisogna ricordare di evitare nella donna le parti visibili del volto ed in genere le regioni in cui la pelle è molto sottile (palpebre, scroto) altrimenti possono prodursi varie infiltrazioni ecchimotiche. Si evitano ugualmente le regioni in cui esistono vasi superficiali, giacchè sono state descritte perforazioni della giugulare esterna e della temporale.

Nel caso che si debba applicare la sanguisuga in un punto ben circoscritto (gengive, collo uterino, ano) è bene metterla prima in una provetta avendo cura che la testa (la parte più sottile) sia dalla parte dell'orificio.

Nel caso tardino a distaccarsi è utile versarvi sopra sale di cucina o tagliarle colle forbici, mai bisogna tirarle con forza.

La perdita di sangue per una sanguisuga è di 15 gm. circa, ma può essere molto maggiore lasciando scolare il sangue che viene dalla ferita.

La medicatura consecutiva è opportuno farla colla tintura di iodio o coll'alcool.

P. A.

La cura delle emorroidi.

Quelli che restano fedeli all'operazione di Whitehead si meravigliano come alcuni chirurgi la ritengano pericolosa ed inefficace; tale operazione esporrebbe, secondo essi ai restringimenti e, senza riflettere che questi potrebbero dipendere da difetti di tecnica, si è pensato sostituire altre modificazioni che non valgono l'operazione originaria. Però in ogni caso di emorroidi si deve ricorrere a tale intervento: ricorderò i mezzi meno radicali, quali p. es. quello proposto dal Boas l'anno passato. Egli cercava di realizzare artificialmente il processo naturale di guarigione di certe emorroidi interne che divengono sempre più proeminenti, si peduncolano e infine si atrofizzano.

A questo scopo applicava una ventosa di Bier alla regione anale e ve la manteneva da ½ ora a un'ora: le emorroidi prolabiscono, assumono un aspetto livido giacchè si forma intorno all'ano

un anello edematoso che le strozza al loro punto d'impianto: in seguito a questo procedimento all'edema segue un periodo di neoformazione e retrazione connettivale che determina la guarigione dei noduli emorroidari.

Un altro metodo proposto recentemente dal Bayer consiste nel prendere il nodulo emorroidario con una pinza di Péan e di tirarlo fuori in modo da isolare bene il peduncolo: a livello di questo si fa in corrispondenza del limite mucocutaneo una piccola breccia tutto all'intorno lunga circa due centimetri, si lega con un filo il pacchetto muco-venoso. Questo procedimento si può ripetere per i singoli nodi emorroidali però nei casi di emorroidi multiple resta sempre inferiore al metodo di Whitehead.

P. A.

(Dalla *Sem. Méd.*, 1° gennaio 1913).

IGIENE

La depurazione delle ostriche.

Dopo i numerosi lavori degli igienisti destinati a farci conoscere i pericoli ai quali ci espone il consumo di questi molluschi, si è ripetutamente cercato il modo di conciliare le esigenze opposte dell'industria e dell'igiene. Importantissime da questo punto di vista sono le esperienze del Fabre-Domergue, riferite all' Accademia delle scienze di Parigi.

Egli prese 25 ostriche del peso complessivo di gr. 1484 e le introdusse in una vasca contenente acqua di mare pura corrente con una velocità di circa litri 2 al minuto. Nel secondo giorno il fondo della vasca era ricoperto da numerose dejezioni di un colorito bruno-verdastro. Vuotata la vasca e riempita giornalmente con acqua pura, si trovò che le dejezioni andavano diminuendo di numero e di volume e che, dopo il quarto giorno, cessavano quasi completamente. Otto giorni dopo l'inizio dell'esperienza, le ostriche furono pesate di nuovo e si trovò che il loro peso totale era aumentato di 10 grammi. Aprendo un certo numero di questi animali non si notò diminuzione nella loro riserva di grasso, l'intestino terminale era vuoto, la loro acqua era pulita ed il colore delle carni era più bianco e più uniforme di prima.

Le ostriche che non erano state uccise furono introdotte di nuovo nella vasca e lasciatevi per altri dieci giorni, durante i quali nessuna morì nè manifestò segno alcuno di deperimento.

Il sistema di pesare le ostriche è certamente logico; però ci dà un risultato discutibile, giacchè ci lascia incerti se l'aumento di peso sia a carico dell'animale o del guscio. Sarebbe naturalmente preferibile stabilire il peso degli animali sgusciati; ma la ricerca è difficile giacchè se si prova a misurare il peso del contenuto di vari gruppi di 50 ostriche, ogni gruppo avente il medesimo peso complessivo, si trovano differenze grandissime, certamente superiori a quelle che potrebbero essere imputabili al trattamento suindicato.

Allo scopo di ricercare se le ostriche depurate nel modo suddetto resistono meno delle altre dopo tolte dall'acqua e durante il trasporto nel luogo di consumo, si preparò un nuovo gruppo di 50 ostriche tenute in stabulazione per 8 giorni. Questo gruppo, insieme ad un altro di controllo, fu posto in cestini e lasciato al secco per una settimana, quindi furono aperte tutte le ostriche ed esaminate. Si trovò che era maggiore il numero delle viventi fra le ostriche stabulate che non fra quelle di controllo.

Risulta dunque da queste esperienze che la stabulazione in acqua marina pura, durante 8 giorni, non diminuisce nè il peso, nè la grossezza, nè la resistenza vitale delle ostriche e che la durata del trattamento può anche essere raddoppiata senza inconvenienti.

Da che cosa è costituito il contenuto intestinale delle ostriche? Oppure, il che a noi interessa maggiormente, che cosa introduciamo noi nel nostro stomaco mangiando ostriche provenienti da acque contaminate? Ecco che cosa, con un gran numero di esami fatti, il Fabre-Domergue ha trovato nell'intestino delle ostriche: trachee, fibre e cellule vegetali varie e frammenti di carne muscolare più o meno digeriti. Vi ha trovato perciò gli stessi detriti organici che si trovano in tutte le acque cloacali e che costituiscono la base delle feci umane! Colle ricerche batteriologiche del resto si arriva ad un risultato identico giacchè è facilissimo isolarvi grandi quantità di *B. coli*.

Dopo i buoni risultati ottenuti colle sue prime esperienze, il Fabre-Domergue ideò di tentare la epurazione delle ostriche su vasta scala, allo scopo di studiare il valore pratico del procedimento tanto dal punto di vista della conservazione delle ostriche quanto da quello delle loro possibili variazioni di gusto e di apparenza. Egli costruì 3 vasche. La prima è destinata a funzionare da filtro a sabbia e lascia passare 4-5 mc. di acqua al giorno. Quest'acqua deve avere la composizione di quella del mare ed il Fabre-Domergue seguiva la formula seguente: cloruro di sodio gm. 27; cloruro di magnesio gm. 3; cloruro di potassio gm. 1; solfato di magnesio gm. 1.75; solfato di calce 1; acqua gm. 1000. La densità di quest'acqua marina artificiale deve essere di 1.022.

L'acqua filtrata dalla prima vasca passa in due altre vasche destinate a trattenere le ostriche in stabulazione, e quindi torna nella prima vasca dove viene nuovamente filtrata. La velocità era regolata in modo da far sì che tutta l'acqua fosse completamente filtrata ogni 24 ore e che il contenuto di ogni vasca contenente le ostriche a stabulare fosse rinnovato almeno due volte al giorno. Con un impianto siffatto è stato possibile all'A. di depurare circa 1000-2000 ostriche al giorno ed i risultati ottenuti sono stati soddisfacentissimi. Difatti risultò che la contaminazione iniziale, che in media era di 46.6 %, discendeva nel secondo giorno a 21.6 % per arrivare a zero nel quarto giorno. Questo fatto conferma le osservazioni antecedenti riguardo al tempo necessario per svuotare completamente il tubo intestinale delle ostriche.

Senza porre in dubbio la possibilità di applicare nella grande industria il sistema di Fabre-Domergue, consistente nel far circolare per mezzo di una pompa sempre la stessa acqua marina artificiale ripetutamente filtrantesi, sembra logico supporre che si possa, con più facilità, mettere in pratica questo sistema di epurazione sulle spiaggie marine ed usando l'acqua naturale filtrata.

Un'altra numerosa serie di esperimenti, in seguito a quelli su esposti, fu eseguita da Bodin e Chevrel con risultati completamente analoghi. Difatti, anche secondo questi ricercatori, la depurazione delle ostriche si verifica rapidamente ed è completa in 5 giorni. Nel sesto giorno di stabulazione non si è trovato il *B. coli* o specie coli-simili.

Bodin e Chevrel hanno anche ricercato il modo di diportarsi dei bacilli del tifo nelle ostriche mantenute a stabulare. Essi hanno trovato che le ostriche infettate artificialmente con questi bacilli dopo 3 giorni di stabulazione non ne presentano più.

Queste esperienze sono certamente interessanti e sembrano capaci di risolvere in un modo semplice la questione delle ostriche e mettere d'accordo le esigenze dell'igiene e della pubblica salute con quelle di un'industria estremamente importante per alcune regioni. S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(87) *Cura silicica dei tumori maligni.* — Il dott. C. D. Z. di Mel (Belluno) riferendosi alla prescrizione riportata a pag. 161 di questo giornale osserva che non è possibile spedirla, anche al dire del farmacista, perchè i silicati di soda e di potassa sono liquidi densi i quali, mescolati a zucchero di latte, formano una pasta che va lentamente cristallizzando e non può essere raccolta e suddivisa neppure col cucchiaio; ad ogni modo non si presta ad essere ripartita in piccole dosi da 25 a 50 centigr. cadauna, come la stessa formula prescrive. Vorrebbe, anche per tutti i colleghi abbonati, una *errata-corrige* che contenesse una formola galenica per la somministrazione pratica dei silicati.

I silicati di sodio e di potassio non sono liquidi, ma solidi. È unicamente per ragioni tecniche che nella chirurgia e nell'ortopedia si usano soluzioni concentrate di consistenza sciropposa.

Chieda i silicati secchi, puri, di Merck o di altre buone marche. Li faccia mescolare con zucchero di latte nelle proporzione indicate. Faccia pestare la mescolanza in un mortaio (i due silicati sono friabilissimi). Ne risulta una polvere perfettamente omogenea la quale si conserva indefinitamente in una boccetta chiusa (all'aperto i silicati vengono trasformati, sia pure lentamente, per azione dell'acido carbonico dell'aria, in carbonati e acido silicico libero).

All'atto di servirsene si preleva la quantità voluta di questa mescolanza e si versa in un bicchiere. Aggiungendovi un po' d'acqua e rimestando si ottiene una sospensione formata dai due silicati (quello sodico si scioglie nell'acqua fredda in quantità apprezzabile, quello potassico appena in tracce, se puri).

Questa sospensione si può bere senza la menoma difficoltà (meglio, per esempio, di quella formata da magnesia usta).

Non occorre che il dosaggio sia rigoroso; ma se lo ritiene necessario, faccia ripartire la mescolanza in cartine. Il farmacista avrà l'avvertenza di usare una carta impermeabile (come si pratica pel mentolo) o, meglio, chiuderà le cartine in una boccetta a collo largo e tappo smerigliato.

Riteniamo che i silicati sciropposi non siano consigliabili per uso interno. Essi contengono alcali caustico libero (infatti rendono necessarie delle precauzioni quando si adoperano per allestire gli apparecchi contentivi; altrimenti danneggiano le mani e corrodono la biancheria). D'altra parte, ciò che più importa, quando vengono diluiti si idrolizzano immediatamente e quasi completamente, ossia mettono in libertà quasi tutto il metallo in forma di alcali caustico. Ora, l'alcali caustico, sia pure in scarsa proporzione, può riuscire irritante per la delicata mucosa gastroenterica.

La sospensione è scevra di tale inconveniente poichè le particelle sospese vengono disciolte lentamente dai succhi gastroenterici e lentamente liberano l'alcali. Così è che in pratica il rimedio di Zeller si dimostra inerte sul tubo gastroenterico.

Se mai, la forma soluta andrebbe rigorosamente prescritta a digestione avviata, per neutralizzare l'alcali con l'acido cloridrico e con gli acidi organici contenuti nello stomaco. La sospensione invece è ben tollerata anche a digiuno, sebbene sia raccomandabile anch'essa dopo i pasti.

Sarebbe facile prescrivere la forma soluta, poichè i silicati sciropposi o semisolidi forniscono delle soluzioni acquose in tutti i rapporti e queste soluzioni possono conservarsi indefinitamente in una boccetta chiusa.

Evidentemente però la prescrizione di Zeller, presa *ad literam*, è molto più pratica e molto più raccomandabile.

Non è forse esatto parlare di una formola galenica trattandosi di prodotti chimici. L. V.

(88) *Iniezioni endovenose di chinina.* — Prego la di lei cortesia volermi dire nella posta degli abbonati se esistono in commercio e presso chi delle buone e sperimentate fialette di chinino (formula Baccelli) per iniezioni endovenose estemporanee di urgenza.

Abbonato n. 8811.

Giarratana.

Non è a nostra conoscenza che esistano in commercio delle fiale pronte di chinino secondo la formola Baccelli, per iniezioni endovenose.

Qualunque buon farmacista può preparare però delle grosse fiale contenenti ciascuna idroclorato di chinina gr. uno, soluzione cloruro-sodica 0.75 % cmc. 10, purchè disponga dei mezzi atti a sterilizzare le comuni soluzioni per iniezioni ipodermiche.

t. p.

(89). *Sul tiocolo.* — Ognuno sa che il guaiacolo ed il terpinolo non sono solubili nell'acqua, sicchè non possiamo avere una pozione omogenea quando vi si fa partecipare uno o tutti e due quei preparati. Intanto c'è qualche specialità nella quale il guaiacolo e il terpinolo sono in soluzione acquosa. Chi sa dirmi come ciò si può avere: come, cioè, si può prescrivere i medicinali suddetti in una pozione acquosa?

Rizziconi Calabria.

Dott. E. A.

Il tiocol o solfoguaicolato potassico (ottenuto neutralizzando l'acido guaiacolsolfonico con potassa) è molto solubile nell'acqua e viene facilmente assorbito; presenterebbe anche il vantaggio di non irritare le mucose e di essere del tutto inodoro. È una polvere bianca, fine. Ha sapore amarognolo; perciò si prescrive edulcorando la soluzione acquosa (per es. con sciroppo d'arancio). Dose: 10-15 gm. *pro die*.

Non conosciamo un derivato solubile del terpinolo.

R. B.

VARIA

I verbomani. — La società sequestra i sordomuti ma non si preoccupa dei verbomani. Ci difendiamo contro la tubercolosi ma non pensiamo a difenderci contro la verbomania. La democrazia anzi la esalta, il suffragio universale la venera. Al posto degli dei, oggi si adorano le frasi.

Il verbomane è infatuato di sè, non ha sete che di applausi. Se la menzogna può conquistargli delle simpatie, egli mente senza esitare; se occorre promettere dei paradisi, egli ne apre le porte; non esita a spingere al delitto, se la sua popolarità può guadagnarne.

Questi malati dello spirito appartengono ad una specie pericolosissima. Accendono gl'incendi delle rivoluzioni senza altro scopo che la glorificazione del loro io!

Come evitare i loro misfatti? Ce lo dice un professore belga, Ossip-Lourié: conviene imporre ai verbomani una cura di silenzio; piegarli alla regola dei certosini: la contemplazione muta associata al lavoro manuale.

I capi-partito che hanno espulso della Francia le congregazioni, rinchiusi negli stessi conventi da essi resi deserti: si vedrà mai un avvenimento del genere? Eppure sarebbe questa l'applicazione della cura preconizzata da Ossip-Lourié.

La verbomania trova il proprio correttivo nella leggerezza della sua sostanza. Le parole non sono che movimento dell'aria e vengono disperse dal vento.

Disgraziatamente però la nostra epoca è insorta contro la fatalità di questa dispersione provvidenziale. Una volta pronunciate, le parole non dileguano. Un onorevole parla alla Camera di evoluzione, di emancipazioni, di progresso: gli stenografi fissano sulla carta le sue parole; i giornali le raccolgono ed assicurano loro la gloria della grande pubblicità; gli atti ufficiali le tramandano alla storia. Per poco che la banalità delle cose dette abbia suscitato l'entusiasmo degli uditori, il successo non può fallare.

I paesi che si lasciano conquistare dai verbomani procedono a rilento sulla via del progresso. Solo un governo forte ed una società dirigente fattiva possono opporre un argine al male che fanno questi malati.

La necessità di un'organizzazione politica nuova s'imporrebbe alle nazioni inquinate da verbomania e che non sanno liberarsene.

Il prof. Ossip-Lourié affronta, con tono convinto, tutte le difficoltà del problema.

Non possiamo seguirlo in questa via.

Riporteremo invece la storia di un medico il quale, eletto deputato, dovette lottare contro un'ossessione irresistibile, che lo spingeva a pren-

dere la parola ad ogni occasione; parlava, interrompeva e contraddiceva gli altri oratori, incominciava di bel nuovo, si faceva richiamare all'ordine, era inesauribile. Pochi cervelli sani — dichiarava più tardi quel disgraziato — sono capaci di resistere al contagio di quell'ambiente!

Alle elezioni successive egli declinò qualsiasi canditatura « per non perdere la ragione ».

Di tanto in tanto sarà accaduto a ciascuno di noi di vedere, in viaggio, fermi sul marciapiede di una stazione, tre o quattro personaggi considerevoli circondati da persone deferenti. Queste notabilità parlano, e ciascuno s'inchina per intendere meglio. L'avvertimento « in vettura! » lanciato dal personale di servizio non li smuove. Il capo-stazione interviene personalmente, si leva il berretto, fa osservare rispettosamente che è l'ora della partenza. Soltanto allora i personaggi si decidono. Salgono, s'installano, si pavoneggiano, guardano intorno.

Un istante di silenzio, per consentire ai viaggiatori di rimettersi dall'emozione e di ammirare davvicino uomini di cui l'universo si ripete la gloria.

Poi ricominciano i parlari, con gravità, con aria di sufficienza.

Verbomani, diagnosticherebbe Ossip-Lourié. Ma da noi costoro si chiamano deputati.

R. B.

(Dal *Journal des Praticiens*).

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Manuale dell'Igienista, per cura del prof. A. CELLI, con la collaborazione di G. ALESSANDRINI, G. BERTOLINI, O. CASAGRANDI, D. DE BLASI, T. GUALDI, E. RASORI, G. ROSTER, A. SCALA, D. SPATARO. 4ª edizione. Due volumi in-8° gr. di pag. 1651 e 1504, in quattro parti. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1912. L. 42.

Rapidamente si è resa necessaria questa quarta edizione del notissimo *Manuale*. La preparazione di essa ha richiesto tempo, tanto che l'edizione anteriore si è esaurita molto prima che questa fosse ultimata. Gli è che i progressi immensi compiuti dall'igiene individuale e sociale, scientifica e applicata, rendono arduo il compito di revisione.

Tutti i capitoli sono stati rifatti; nuovi dati vi sono stati incorporati in larga copia; sono state tolte le ripetizioni; si è dato un ordinamento nuovo e più armonico alla materia, per modo che emerge meglio l'unità di concezione e di esecuzione del lavoro. Qualche capitolo è stato aggiunto. Sono state accresciute la precisione, la nitidezza e l'eleganza delle figure.

Agli studiosi d'indiscutibile competenza che si erano raccolti intorno al Celli tre nuovi se ne sono aggiunti: Alessandrini, Bertolini e De Blasi.

Ci è grato di presentare ai lettori del *Policlinico* le trattazioni dovute a questi nuovi collaboratori.

La *batteriologia*, redatta dal De Blasi, costituirà una guida fedele per gli studiosi di laboratorio e per gli igienisti pratici.

Il lavoro del De Blasi non dimostra la solita manchevolezza di ampliare fuori del dovuto certi capitoli, mentre altri rimangono nell'ombra: è proporzionato, omogeneo, organico. Lo stile ne è nitidissimo.

La disposizione delle varie sue parti ci sembra opportuna.

Troppo edotto del compito preponderante che il rigore dei procedimenti tecnici assume nella pratica della batteriologia, l'A. descrive la tecnica con molta ampiezza. Fa conoscere tutte le risorse, tutti gli artifizi necessari per conseguire risultati soddisfacenti.

Alla tecnica è riservata la prima parte del lavoro. L'A. vi espone con ordine l'allestimento dei preparati microscopici e delle colture (preparazione del terreno, prelevamento del materiale di innesto, metodi colturali), la determinazione della resistenza che i germi oppongono agli agenti fisici e chimici, la dimostrazione delle proprietà biofisiche e biochimiche dei germi (ricambio energetico e materiale, azioni patogene, proprietà antigene). Rispettando la tradizione, l'A. chiude questa parte con l'esame batteriologico dell'aria, dell'acqua e del suolo.

La seconda parte concerne la batteriologia generale: proprietà morfologiche, biologiche, biochimiche, dinamismo delle azioni patogene e delle proprietà antigene dei germi. L'esposizione di questi argomeuti è condotta con chiarezza e precisione straordinarie. Possono leggersi in queste pagine le dottrine ancora dibattute sull'infezione e sull'immunità, gli studi recenti sulla patogenesi dell'intossicazione anafilattica, sul significato delle aggressine, sulle reazioni immuno-chimiche ed immuno-fisiche (fissazione del complemento, reazione meiostagminica), ecc.

La terza parte è destinata alla microbiologia speciale, ossia allo studio dei singoli microrganismi. L'A. vi segue l'ordine della classificazione morfologica: coccacee, bacillacee, spirillacee, tricobatteri, actinomiceti, ifomiceti (compreso un accenno alle sporotricee), blastomiceti (quest'ultimo capitolo è stato affidato al Sanfelice). Naturalmente l'A. ha scelto i germi più importanti per la patologia umana ed animale. Di ciascuno passa in rassegna i caratteri microscopici e colturali, le proprietà biochimiche e biofisiche, le proprietà

patogene ed antigene, l'isolamento e l'identificazione.

Quanti apprezzano l'alto valore del De Blasi sanno che questa splendida trattazione merita una confidenza completa.

Per essere assolutamente obbiettivi, aggiungiamo che l'A. è incorso in qualche lieve omissione. Ad esempio, a proposito della presunta importanza etiologica che spetterebbe al bacillo di Pfeiffer si sarebbe potuto accennare che le concontestazioni sono state numerose e le ultime così gravi, che ormai si ripone scarsa fiducia nel significato etiologico di questo germe. Dopo la pandemia del 1889-90 esso è stato rinvenuto sempre meno in epidemie di corizze, angine e bronchiti che erano dette d'influenza per i caratteri sintomatici e per la contagiosità.

L'A., che è uno degli ingegni più poderosi e coltivati che onorino le discipline igieniche e batteriologiche in Italia, ovvierà anche a queste trascurabili dimenticanze in un'altra edizione.

La *parassitologia* è stata aggiunta nell'edizione attuale.

Varrà a convalidare sempre meglio la fama di G. Alessandrini, il quale occupa da tempo uno dei posti più eminenti fra i parassitologi contemporanei.

Comprende una parte generale, una speciale e la tecnica parassitologica.

Caratteristica notevole della trattazione è il posto fatto alla patogenesi, alla sintomatologia e alla diagnosi medica delle infestioni. Degno di rilievo è anche il fatto che l'A. assegna speciale importanza ai parassiti nei rapporti con la trasmissione delle malattie infettive. Egli esamina molto esaurientemente i mezzi per combatterli. Tutte queste nozioni sono praticamente utilissime.

L'esposizione è lucida, accurata, sintetica, un vero modello.

Il lavoro sfuggirebbe a qualsiasi critica, se non forse per la copia un po' eccessiva di cognizioni che vi sono addensate, tutte interessanti ma non tutte indispensabili pel pratico.

Disegni schematici e fotografie originali in grande copia accrescono pregio a questa impareggiabile trattazione.

Un altro nuovo collaboratore è il Bertolini.

Egli ha scritto il capitolo sull'*ispezione delle carni* il quale sostituisce quello sull'ispezione delle carni e del latte compilato nelle edizioni precedenti dal compianto Nosotti.

Il Bertolini dimostra esperienza provetta e sicura, è chiaro e preciso.

Saremmo tentati di fermarci su tutti i capitoli: ma è superfluo insistere sui meriti che hanno fatto tanto apprezzare questo trattato.

Rileveremo piuttosto un carattere generale che il lavoro tende sempre più nettamente ad assumere.

È ben noto che l'igiene non solo segue i progressi delle scienze di cui è tributaria — fisica, chimica, fisico-chimica, climatologia, microscopia, microbiologia, parassitologia, fisiologia, patologia — ma nel suo insieme acquista una portata sempre più generale: se ne modificano e se ne accrescono le applicazioni e le tendenze.

Infatti vediamo sostituirsi, come scopo ai suoi sforzi, la collettività all'individuo. L'igiene individuale diviene un mezzo per assicurare la salvezza sanitaria della collettività.

Il *Manuale dell'igienista* rispecchia questa evoluzione: l'igiene individuale vi resta quasi nell'ombra, sullo sfondo, di fronte a quella collettiva.

I progressi più cospicui compiuti nel dominio dell'igiene collettiva sono relativi alle malattie epidemiche. Fino a poco tempo addietro eravamo esposti quasi senza difesa agli attacchi di queste malattie; ora l'*epidemiologia* ci mette sempre meglio al sicuro: onde lo svolgimento sempre più ampio di questo capitolo, elaborato con grande maestria dal prof. Celli. Tra le malattie epidemiche il prof. Celli comprende tutte quelle a larga diffusione, come l'alcoolismo, l'arteriosclerosi e i tumori maligni; in tal modo estende il dominio dell'epidemiologia.

Portato della tendenza sociale dell'igiene è un ramo rigoglioso sviluppatosi recentemente: l'igiene del lavoro. Nel *Manuale* questo capitolo è stato curato con rara competenza dal prof. Celli, il quale prende in esame successivamente il lavoro eccessivo, quello insalubre e quello pericoloso.

Anche altri capitoli del *Manuale* rientrano decisamente nell'orbita sociale dell'igiene: sono quelli sull'*abitazione* e sull'*alimentazione*.

La *polizia* e la *legislazione sanitaria* seguono, sia pure a rilento, i progressi generali dell'igiene e perciò le vediamo modificarsi di edizione in edizione. Questi progressi vengono condensati e come sintetizzati dalla *statistica* e dalla *demografia sanitarie*, che, nel freddo rigore delle loro cifre, ci confortano a intensificare i nostri sforzi.

Il *Manuale dell'igienista* persegue prevalentemente un fine didattico: la preparazione alla carriera sanitaria. Per questo motivo trascura alcuni capitoli dell'igiene che diremmo non ancora « burocratizzati ». Così l'igiene ospedaliera viene sfiorata solo in quanto concerne il lato costruttivo; la tutela igienica della prima infanzia è omessa quasi del tutto; l'igiene scolastica e l'educazione fisica sono contenute in poche pagine; ecc.

Ma nel *Manuale dell'igienista* possono attingere informazioni preziose tutti coloro cui dalla legge è affidata la tutela della salute pubblica. Le doti di chiarezza, esattezza, ordine e la copia di cognizioni pratiche che vi sono raccolte lo rendono indispensabile ai tecnici. Non è un'enciclopedia d'igiene, ma risponde meglio di un'enciclopedia ai bisogni della pratica.

Riteniamo che l'aggiunta di un indice alfabetico per materie ne renderebbe molto più comoda la consultazione e ne accrescerebbe la utilità.

L. VERNEY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*).

ARTUR BIEDL. **Innere Sekretion.** II Edizione. Parte 1ª, Wien, Urban & Schwarzenberg 1913. Mk. 24.

Il successo di quest'opera, che edita da appena due anni torna notevolmente ampliata a vedere la luce, noi constatiamo con piacere, come indizio sicuro del favore ch'essa ha incontrato nel pubblico medico; e già il nome dell'A. dava completo affidamento di autorevole competenza in questo campo, ancora assai oscuro, della patologia interna.

Questa prima parte eguaglia per mole quella dell'unico volume della prima edizione; e ciò dimostra come l'A. abbia seguito e favorito il progredire di questi studi, assai rapido negli ultimi anni, con un notevole contributo personale di esperienze e di interpretazioni severe ed obbiettive.

Questo primo volume comprende una parte generale ed una parte speciale. Nella parte generale dopo una breve trattazione storica dell'argomento, l'A. sviluppa il concetto della secrezione interna, ne fissa il meccanismo d'azione dei prodotti (ormoni) e descrive i metodi di ricerca più comunemente adoperati; nella parte speciale poi tratta in modo completo dell'apparato tiroideo, della glandula timo, delle capsule surrenali.

Aspettando la seconda parte che completerà il bel volume, con lo studio delle altre glandule a secrezione interna, noi richiamiamo l'attenzione degli studiosi su questo libro che va considerato come il migliore e più recente trattato di endocrinologia.

T. I.

A. ALBU. **Grundzüge für die Ernührung von Zuckerkranken.** Marhold, Halle. Mk. 4.

Questo opuscolo non è che una ampia ristampa della monografia del Gilbert « Cucina per i diabetici » ed ha un valore puramente pratico giacchè non si diffonde a parlare sul calcolo delle calorie, nè sull'analisi chimica dei singoli alimenti, ma specialmente sul genere delle sostanze che si possono permettere ai diabetici, sulle loro quantità e sul modo di preparazione. L'opuscoletto elegantemente rilegato comprende oltre alla enumerazione delle vivande da permettersi ai diabetici anche le regole pratiche che nella dietetorapia ha dettato l'esperienza dell'autore, e rappresenta quindi un *vade mecum* di ogni medico pratico.

P. A.

H. GILLET. **Formulaire des médications nouvelles pour 1913.** 8ª ediz., 1 vol. in-18 di pag. 300 con figure. Rilegato. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1913. Fr. 3.

Rapidamente e chiaramente l'A. espone quanto è necessario conoscere dal punto di vista pratico sulle medicazioni anti-cancerosa, anti-colerica, anti-nevralgica, anti-reumatica, anti-sifilitica, anti-tubercolare, ecc., sulle medicazioni colloidali, ipotensive, ricalcificanti, diuretiche, ecc., sull'ionoterapia, la fototerapia, la batterioterapia intestinale, l'opoterapia, la sieroterapia, la vaccinoterapia, i sieri artificiali, ecc. ecc.

Questo libro obbedisce ad un'idea direttrice, che può essere così condensata: « pratica, ancora pratica, sempre pratica... ».

I. T.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'opera dei medici militari in Libia.

Con questo titolo il dott. Giulio Faelli ha pubblicato un indovinato articolo nel Giornale d'Italia *e ci pare interessante riprodurne i punti principali*:

Il maggiore medico Stefano Santucci ha lasciato Bengasi fra il pianto e il dolore degli indigeni che vedevano allontanarsi il loro amico, il loro protettore, il loro salvatore. Le parole pianto e dolore non sono esagerate; il dott. Santucci era per loro un confessore, un semidio.

Chi fu a Bengasi, imparziale giudice degli avvenimenti, mi diceva che l'opera di conquista su quelle popolazioni l'avevano compiuta i medici con a capo i maggiori Santucci e Gualdi, prima con le cure amorose, assidue, vittoriose, poi coi consigli e la protezione.

Il Santucci poteva uscir solo in qualunque ora, anche fuori dalle trincee: lo difendevano gli indigeni che aprivano a lui le loro case, baciando la terra su cui passava il suo piede. Quanta forza di attrazione può esercitare la medicina!........

Il medico è un filosofo: per educazione e per studi considera l'uomo dal punto di vista anatomico: li vede fatti tutti nello stesso modo, e da qui nasce in lui un senso di superiorità che pur dandogli un senso di disprezzo per coloro i quali si credono esseri superiori, gli conferisce uno spirito critico che lo eleva a saper compatire i difetti altrui e anzi si vale di questi per conquistare e migliorare gli uomini.

Questa qualità dei medici si è esplicata in modo mirabile nella nostra guerra libica: essi hanno avuto l'abilità di completare l'opera del valore militare: i nostri ufficiali medici hanno saputo integrare la vittoria delle armi; e appunto per l'opera del Santucci, Bengasi è un esempio di quanto possa la medicina nelle moderne civiltà.

Io vorrei che questa virtù dei medici fosse meglio applicata e più sfruttata: io vorrei che il nuovo Ministero delle Colonie comprendesse, con senso di modernità la grande importanza dei medici nella pacifica, volontaria sottomissione dei popoli che vuole aggregare all' Italia nostra.

Bisogna scegliere dei giovani medici, con criteri politici: conferire loro dei poteri civili e farne degli organi importanti di conquista.

Imitiamo i missionari e seguiamo la tattica loro: le armi affermino la forza ed il potere, ma la medicina affermi il principio di sana umanità, e la difesa dei deboli guadagni le anime degli indigeni.

Facciano i governanti che il medico abbia il posto che gli spetta in questa opera di civiltà, che è la conquista di terre non redente dalla schiavitù; diano i governanti l'esempio che il medico deve essere considerato come un missionario di pace e di amore, e gli diano la dignità che gli spetta nel consesso civile.....

È ora che scompaia il sentimento di poca considerazione che si ha per il medico, il quale spesso è ritenuto come colui che vive delle pubbliche e private calamità e che da queste trae lucro, è tempo ormai che il medico sia considerato come magistrato o come gli altri funzionari dello Stato, anche per il fatto che la sua cultura e il suo valore non sono inferiori a nessuno.

Nè questo dico a sproposito: il mio pensiero corre alle enormi ingiustizie che anche in Libia furono fatte ai medici, i quali per avere quello che i burocratici armati chiamano un « encomio » hanno dovuto... morire! E mi basti ricordare il fatto del tenente medico Forti che ha condotto al fuoco una compagnia priva di ufficiali e ve l'ha tenuta per un'ora. L'ufficiale di fanteria che lo sostituì fu promosso, meritatamente, capitano, ma al povero dottore non fu neanche concesso un elogio!

Ma non facciamo più recriminazioni: il medico deve essere educato al sacrificio di se stesso, con lo stesso sentimento del missionario che sa morire con gli occhi e l'anima rivolti al cielo!

Il maggiore Santucci ritornerà fra poco a Roma e ne rivedrà il bel sole e lo splendido azzurro del cielo, rivedrà gli amici e i colleghi che gli stringeranno la mano sorridendo di... invidia, ma dopo poco penserà con rimpianto alla lontana Bengasi: le lagrime dei barbari che l'hanno visto partire gli sembreranno un grande compenso in confronto della civile ingratitudine della sua Italia!

Poveri medici! sanno combattere come soldati, sanno confortare i morenti come missionari, sanno morire come martiri, ma non sono nè soldati, nè missionari, nè martiri.

GIULIO FAELLI.

La campagna contro certe specialità terapeutiche.

Con viva simpatia abbiamo letto nel giornale *Il Veneto* il seguente articolo.

Il fatto che un giornale accreditato e diffuso, sfidando la tradizione e compromettendo i propri interessi, favorisca la campagna contro le specialità terapeutiche ciarlatanesche, ci fa sperare che non sia un'utopia poterci affrancare, in un avvenire non lontano, da questo parassitismo rigoglioso

che nella *réclame* sui giornali politici trova la sua arma più potente.

Oltre a insistere su alcune considerazioni che il *Policlinico* già da tempo ha esposto ai suoi lettori, il dott. Vivenza considera, nel suo interessante articolo, alcuni lati nuovi della questione. Lo riproduciamo per intero. L. V.

« Nella recente discussione parlamentare sulla nuova legge che dovrà regolare per l'avvenire l'esercizio della farmacia, alcuni deputati, molto opportunamente, richiamarono l'attenzione del Governo sopra la grave questione delle specialità farmaceutiche, dimostrando come il loro uso, non sancito dal giudizio medico, costituisca molte volte un pericolo e un danno per gli ammalati.

« Da parecchio tempo, quantunque isolate, sorgono da parte di noi medici alte proteste ed avvertimenti contro il dilagare ciarlatanesco di specialità medicinali o specifici presentati direttamente al pubblico a mezzo di una « réclame » che non conosce confini; ma è la prima volta che l'eco di tali questioni si ripercuote validamente nell'aula di Montecitorio.

« Ed è buon segno che l'argomento oltrepassi i brevi confini di un giornale, di una rivista o di un Congresso, perchè vuol dire che il Governo sente di dover seriamente tutelare la salute pubblica contro l'opera nefasta dei ciarlatani.

« Lo stesso presidente del Consiglio on. Giolitti nelle dichiarazioni che fece alla Camera intorno alla legge che si discute, dimostra di voler dare tutto il suo appoggio ad una riforma che, secondo il suo parere, avrà tra gli altri anche l'ufficio di regolare la produzione e lo smercio delle specialità medicinali.

***

« Io naturalmente non voglio entrare nell'esame della legge testè approvata: mi permetto solo di mettere molti punti interrogativi sulla sua reale efficacia futura nel reprimere quanto si va lamentando.

« Siamo arrivati a tal punto oggidì che ad ogni momento si versano nel commercio mondiale sempre nuove specialità per ogni genere di sofferenze umane, offrendole direttamente al pubblico con una « réclame » di frequente bugiarda, che promette (in mala fede) miracolose guarigioni. È contro l'opera di questo industrialismo antigienico e antisociale che deve mirare l'opera del Corpo medico e l'opera del Governo.

« La disposizione contenuta nella nuova legge per cui è solo permessa ai farmacisti la vendita delle specialità, avrà in realtà poca efficacia perchè il farmacista come non può negare a chi gli chiede 20 grammi, ad esempio, di ricino e un grammo di antipirina per l'emicrania, così logicamente non potrà negare un pacchetto di polveri contro l'ubbriachezza o una scatoletta di pillole più o meno orientali. E neanche si raggiungerebbe lo scopo obbligando il farmacista a spedire le specialità solo dietro ricetta del medico, per quelle ragioni pratiche che medici e farmacisti conoscono benissimo senza bisogno che io le ripeta.

« Dunque non è dall'istituto della farmacia che noi possiamo attingere la forza per combattere e vincere le specialità farmaceutiche a base di ciarlatanesimo, ma dobbiamo invece andare a colpire la mala bestia alle fonti stesse della sua esistenza.

« Duplice, secondo me, dovrebbe essere l'azione: una da parte dello Stato con delle leggi restrittive; l'altra da parte delle classi sanitarie con una propaganda intesa ad elevare la coscienza igienica delle popolazioni. Secondo il mio parere lo Stato, cui spetta la suprema tutela della salute pubblica, non dovrebbe permettere lo smercio di una specialità medicinale se non quando una Commissione tecnica governativa ne avesse stabilita la composizione chimica, il valore farmacologico, terapeutico e il costo; inoltre lo Stato dovrebbe anche, sempre a tutela della salute e degli interessi dei cittadini, disciplinare con norme molto severe, tutto l'affare della « réclame ».

« Purtroppo anche su questo argomento, molto dobbiamo imparare dalle altre Nazioni: in Inghilterra e negli Stati Uniti per mezzo dei giornali medici più importanti si è intrapresa una lotta veramente ammirevole ed in Francia l'iniziativa del movimento venne direttamente da Sindacati medici, che di recente intentarono un clamoroso processo a Parigi contro l'« Istituto Mac Laughling » cui si deve la catena elettrica « elettro vigor », riuscendo a far condannare severamente dal Tribunale i direttori di quell'Istituto e due medici addetti, ottenendo anche la somma di trentamila franchi a titolo di indennizzo per i danni subiti dalla classe medica.

« Queste famose catene elettriche furono già proibite in Inghilterra, in Germania e negli Stati Uniti, erano tollerate in Francia; in Italia sono ancora permesse.

« Anche in Inghilerra ed in Germania il movimento è costituito su basi molto serie. In Inghilterra un Comitato parlamentare sta compiendo, od ha già compiuta, un'inchiesta diligente spassionata sulle specialità più vantate della « réclame » e così pure in Germania va sempre aumentando la corrente dei sanitari avversi a questo genere di industrialismo che arricchisce, spesso sfruttando le sofferenze umane.

« Gli Stati Uniti hanno però il vanto di possedere per primi nel mondo civile una legge per

la tutela sociale contro le specialità farmaceutiche dannose: infatti pochi mesi or sono venne colà approvata dalla Camera dei rappresentanti una legge avente lo scopo di proibire le « réclames » « false e fraudolenti » ai medicinali.

***

« In Italia, però, il movimento è appena abbozzato; è troppo frammentario, troppo isolato e timido per scuotere seriamente l'opinione pubblica.

« Per ora io credo che l'iniziativa per riuscire veramente efficace dovrebbe esser presa non già da uno piuttosto che da un altro Ordine dei medici, bensì dalla Federazione nazionale degli Ordini medesimi.

« Forse in seguito con l'aiuto della stampa medica e politica e di quelche deputato di buon volere si potrà cominciare ad agitare la questione anche in seno al Parlamento nazionale ».

« Dott. ADELCHI ZAMBLER ».

I sanitari dell'igiene. — Ecco l'ordine del giorno votato dalla Federazione fra le associazioni nazionali dei sanitari addetti alla vigilanza igienica di cui al fasc. 11 (pag. 393):

« Considerato:

1°: *a*) che nei Comuni maggiori le esigenze della vigilanza igienica sono molteplici e richiedono adatto personale specializzato e fornito di tutti i mezzi materiali, sia di indagine sperimentale che di esecuzione profilattica;

b) che gli Uffici d'igiene dei grandi Comuni del Regno hanno dimostrato di poter provvedere nel modo più efficace ed opportuno alle esigenze della Sanità pubblica, sia nelle condizioni ordinarie, che nelle congiunture straordinarie;

c) che per adempiere a tali complesse e difficili funzioni è necessario sia fatta al personale degli Uffici d'igiene, lo che attualmente non si verifica, una congrua posizione economica ed una carriera organica.

2°: *a*) che anche in tutti i Comuni minori è necessaria l'opera continua, vigile ed illuminata di un ufficiale sanitario stabile, residente e sicuro della sua posizione, scelto fra i medici esercenti nel Comune, siano essi o no medici condotti;

b) che per necessità fondamentale del suo ufficio l'ufficiale sanitario dei Comuni minori deve poter disporre di quei mezzi di analisi e di indagine, che solo possono eseguirsi presso i laboratori sperimentali largamente dotati di personale e suppellettile tecnica;

c) che all'ufficiale sanitario perchè possa adempiere degnamente la sua funzione deve essere fatta una condizione economica rispondente ai bisogni;

d) che è necessario che gli ufficiali sanitari diano garanzia di speciale competenza in materia di igiene e di polizia sanitaria;

e) che però gli ufficiali sanitari attualmente in servizio provvisorio per lo stesso adempimento prolungato delle loro funzioni hanno acquistato un titolo tale, da poter venire dispensati da ogni prova di idoneità.

Fa voti acciocchè il Governo, in applicazione della legge vigente, che potrebbe, ove occorra, venire opportunamente modificata, provveda:

1°: *a*) che in ogni capoluogo di provincia ed in ogni Comune con popolazione superiore ai 50 mila abitanti e ove eccorra e sia possibile, in altri Comuni importanti, vi sia un ufficio d'igiene con laboratorio chimico-micrografico;

b) che tali Uffici d'igiene vengano sistemati in modo uniforme, con organici stabiliti per legge o regolamento di Stato, e rivestano il carattere di una istituzione statale;

c) che il personale tecnico sanitario degli Uffici d'igiene venga nominato dietro concorso per titoli ed esami;

d) che come l'ufficiale sanitario direttore, tale personale debba avere uno stipendio adeguato, in nessun caso e per nessun titolo inferiore a quello dei laureati tecnici degli altri uffici municipali di grado corrispondenti;

e) che i funzionari, una volta assunti in servizio, siano ammessi a concorrere per titoli e senza limiti di età rispettivamente ai posti di direttore di laboratorio e di ufficiale sanitario.

2°: *a*) che in ogni Comune con popolazione inferiore ai 50,000 abitanti l'ufficiale sanitario abbia un vero e proprio ufficio sistemato in modo corrispondente alle necessità del servizio ed alla importanza del Comune, con personale tecnico ausiliario (veterinario, vigile sanitario, agente di sanità;

b) che in ogni capoluogo di provincia vi sia a disposizione di tutti gli altri Comuni della Provincia medesima un laboratorio chimico-micrografico sufficiente per disimpegnare le richieste;

c) che all'ufficiale sanitario sia assegnato uno stipendio non inferiore ad un minimo da stabilirsi per legge in rapporto alla popolazione, e da corrispondersi a mezzo degli organi finanziari dello Stato;

d) che gli ufficiali sanitari provvisori, liberi esercenti o medici condotti, attualmente in carica da tre anni nello stesso Comune, siano senz'altro sistemati con nomina definitiva anche secondo le leggi vigenti, sentito il parere del Consiglio Sanitario Provinciale e che in ogni modo sia tosto applicata la indiscussa disposizione dell'art. 13 della legge 25 febbraio 1904, n. 57, ai liberi esercenti attualmente in carica da tre anni almeno nello stesso Comune;

e) che per i posti di risulta, avvenute tali nomine, e per quelli che si renderanno vacanti in avvenire, le nomine siano fatte dietro concorso per titoli, o per titoli ed esami, senza limiti di età, stabilendo che si debbano sottoporre all'esame soltanto coloro che non siano già ufficiali sanitari e che si debba dare la preferenza agli ufficiali sanitari già in servizio.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3752) *Compenso ufficiale sanitario - Cavalcatura - Spesa.* — Il Dott. N. P. da A. chiede conoscere:

1° Se nelle parole: *compreso servizio sanitario* usate dal vecchio capitolato in relazione all'articolo del bilancio circa la condotta degli abbienti, vi debba essere compreso il servizio di ufficiale sanitario, per modo che si abbia, ora, diritto a richiedere la restituzione di lire 250 per tale titolo pagate dal Comune,

2° Se essendo imposto dal capitolato l'obbligo ai clienti non poveri di fornire la cavalcatura sia obbligato il Municipio a fornirla pei poveri, e, in mancanza, possa rifiutarsi alla visita, o se sia legittima la ritenuta operata dal Municipio di lire 150 sullo stipendio per la chiamata di un medico incaricato di curare un infermo povero, che non volle fornire la cavalcatura.

Nelle parole: *compreso il servizio sanitario* non si potrebbe ritenere incluso *il servizio di ufficiale sanitario*, perchè questo non ha nulla a che fare con il servizio di condotta sia pei poveri che per gli agiati. Se il Comune avesse voluto effettivamente conglobare l'assegno dell'ufficiale sanitario con lo stipendio del medico condotto, avrebbe dovuto più esplicitamente dichiararlo e farne oggetto di disposizione separata e distinta. Non potrebbesi, poi, in alcun modo giustificare la domanda di restituzione delle somme pagate, perchè esse furono liberamente e volontariamente corrisposte dal Comune, e non costituiscono certamente un *indebito pagamento*, ripetibile giudiziariamente. Impugni il relativo deliberato presso il Prefetto della Provincia in base alle suesposte ragioni. Se per gli agiati il medico ha diritto alla cavalcatura, egual diritto deve avere verso tutti coloro che non sono compresi nello elenco, che a tale effetto vengono equiparati agli agiati. La ritenuta delle lire 150, ci sembra illegalmente fatta dal Municipio, il quale non avrebbe mai dovuto incontrare tale spesa abbastanza rilevante, senza previa diffida verso colui che per contratto e per obbligo avea il dovere di eseguire la visita. Ella può ben citare il Comune per il pagamento dello stipendio integrale, che, secondo noi, Le è dovuto.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AMATRICE (*Aquila*). — 4 condotte piene; obbl. cavalc.; L. 3700 ciasc. oltre L. 250 per l'eletto ad uff. san. Scad. 11 aprile.

ANDORA (*Genova*). — Condotta per la generalità; L. 2800 e L. 200 quale uff. sanit. Scadenza 6 aprile.

AQUILA. *Manicomio della Provincia*. Direttore; L. 5000 e 3 sessenni. Rivolgersi alla Segreteria della Deputazione Provinciale. Scad. 15 aprile.

BELLUNO. *Ospedale civile*. — A tutto il 20 aprile medico-chirurgo secondario, L. 1400, alloggio, L. 4 per ogni guardia (i secondari in servizio sono tre), ripartizione sulle tasse d'ingresso dei dozzinanti privati, nette di R. M. Nomina biennale. Rivolgersi all'Amministrazione.

* BRUNO (*Alessandria*). — Condotta; L. 3000 e 3 sessenni; per la generalità. Scad. 15 aprile.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotta per i poveri, per la durata di un solo anno a titolo di esperimento, salvo conferma del Consiglio comunale, senza la quale s'intende licenziato, con lo stipendio lordo di L. 2000. Descrizione dei titoli in doppio elenco.

CAGLIARI. *Ospedale civile*. — Concorso per titoli e per esame ad aiuto alla sezione chirgica; L. 1200. Rivolgersi alla segreteria. Scad. 16 aprile.

* CARPANETO (*Piacenza*). — Condotta pel quartiere superiore; L. 3000 lorde e due sessenni. Dai non poveri L. 1 per visita. Ab. 3041. Mantenimento del cavallo. Scadenza 10 aprile.

CASALNOCETO (*Alessandria*). — Condotta pei poveri; L. 1700 lorde e L. 100 quale uff. san. fino al 31 dicembre 1913, poi aumento di L. 400; quinquenni. Proroga al 15 aprile.

CASTIGLIONE DEL PESCAIA (*Grosseto*). — Due condotte piene; L. 3000 lorde ciascuna, 2 sessenni e L. 200 per arm. farm., locale a carico del Comune o L. 50 di indennità. Non vi è obbligo cav. Scad. 12 aprile.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Tre condotte; L. 3000 lorde; L. 700 per obbl. cav.; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza, a carico dei cittadini; due sessenni.; L. 500 annue alla prima condotta per le mansioni di uff. san.; altri proventi. Scad. un mese dal 16 marzo.

CIANO D'ENZA (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 4000. Scad. 15 aprile.

CORNO (*Como*). *Brefotrofio Provinciale*. — Medico ostetrico-aiuto. Aperto il concorso per titoli fino al 26 aprile prossimo venturo. Stipendio L. 2400, lorde di R. M., aumentabili di un decimo per tre sessenni. Età massima anni 32. Rivolgersi Deputazione Provinciale di Como.

DOVADOLA (*Firenze*). — Cura piena; L. 4000 lorde e 2 sessenni di 500, L. 100 aument. a L. 200 se abilitato o sia in seguito abilitato all'ufficio di uff. sanit., L. 600 d'indennità cavalc. Assicurazione. Scad. 22 aprile.

* FOLIGNO (*Perugia*). — Cinque condotte; per tre L. 4500, per una L. 4200, per una L. 3650. Domande separate. Età limite 40 anni. Chiedere l'annunzio. Scad. 10 aprile.

FORMELLO (*Roma*). — Condotta piena, L. 3600 lorde e L. 100 quale uff. san. Ab. 1020, di cui quattro quinti ritenuti poveri. Scad. un mese dal 15 marzo.

GAVORRANO (*Grosseto*). — A tutto il 20 aprile, condotta per Scarlino, tutta cura; L. 4000, tre sessenni del ventesimo; non obbligo cavalc.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde. Scad. 20 maggio.

* GRADOLI (*Roma*). — Condotta; L. 2650 pei poveri, L. 1350 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde. Scad. 35 giorni dal 29 marzo.

* GRAFFIGNANO (*Roma*). — Condotta; L. 3500 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, lorde; tre sessenni; L. 200 quale uff. san., L. 200 per l'arm. farm. Ab. 1200 circa. Scad. un mese dal 20 marzo.

* GRIZZANA (*Bologna*). — Prima condotta; L. 4200; cura piena, obbl. cav.; 3 sessenni di L. 300 ciasc. Scad. 9 aprile.

LUMEZZANE PIEVE (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000 lorde, più 100 come uff. san.; 2 sessenni; esonero cav. Ab. 2340. Scad. 30 aprile.

MOLINELLA (*Bologna*). — Due condotte pei soli poveri; L. 4000. Scade 10 aprile.

* MONTONE (*Perugia*). — A tutto il 30 aprile, tutta cura; L. 3000 pei poveri, con due sessenni, L. 800 per gli abbienti; L. 200 quale uff. sanit.: esonero cav. che dovrà essere offerta dagli interessati. Due mesi di tempo, dopo la nomina, per assumere il servizio.

* NERVESA (*Treviso*). — Condotta libera; L. 3700. Scad. 10 aprile.

OLEVANO ROMANO (*Roma*). — 2ª condotta L. 2200 pei poveri e L. 1150 quale quota facoltativa per gli agiati, L. 50 quale uff. san., lorde. Scad. 40 giorni dal 16 marzo.

ORTIGNANO RAGGIOLO (*Arezzo*). — Condotta; L. 2500 pei soli poveri; 2 sessenni; L. 100 quale uff. san.; L. 700 per cavalc. Ab. 2261. Scadenza 14 aprile.

* PIGLIO (*Roma*). — 2ª condotta per la generalità; L. 3000. Scad. 9 aprile.

REZZANO di CARPANETO (*Piacenza*). — Condotta; L. 3000; obbl. cav.; L. 1 per visita dagli abbienti. Scad. 10 aprile.

ROCCAMONTEPIANO (*Chieti*). — Condotta piena; L. 3300 lorde, obbl. serv. uff. sanit. e tenuta arm. farm. Scad. 20 aprile.

ROMA *Ministero della Marina*. — 20 tenenti medici; età massima 30 anni. Scad. 20 aprile. Gli esami cominceranno il 5 maggio.

ROMA — *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma*. Concorso per 40 posti di assistente medico-chirurgo. Chiedere annunzio alla segreteria. L. 20 di tassa d'esame. Scadenza ore 12 del 25 aprile.

SAPONARA di GRUMENTO (*Potenza*). — Condotta; L. 1400 pei poveri e 1050 per gli abbienti, nette di R. M., L. 100 per uff. san. Età limite 50 anni. Scad. 28 aprile.

* SASSOCORVARO (*Pesaro Urbino*). — 2ª condotta piena; L. 4000 lorde ed un quinquennio del decimo oltre L. 35 per assicurazione, obbligo sostituzione con l'altro medico pel mese di congedo con metà dello stipendio a carico del Comune; obbl. cavalc. Scad. 10 aprile.

TORINO. *Ufficio di Igiene Municipale*. — Concorso per titoli ad un posto di ispettore igienista, L. 2400 aument. a L. 5500, laurea in medicina e chirurgia da almeno 3 anni, non più di 35 anni, salvo eccez. regolamentari. Rivolgersi all'ufficio gabinetto del Sindaco. Scad. 15 aprile.

** TRESIVIO (*Sondrio*). — A tutto il venti aprile concorso alla condotta piena di Pendolasco. Stipendio L. 4.000 nette da R. M., compreso assegno di Ufficiale Sanitario, con tre sessenni.

VENEZIA. *R. Scuola Ostetrica*. Assistente; L. 1500; 21-35 anni, laurea in medicina e 3 anni di pratica come assistente effettivo presso clinica ostetrico-ginecologica o in una scuola ostetrica pareggiata. Rivolgersi al Rettore della R. Università di Padova. Scad. 15 aprile.

VERONA. *Maternità provinciale*. — Ostetrico-assistente. Stipendio L. 1400 e alloggio. Età massima 32. Pratica microscopica. Scadenza 20 aprile. Schiarimenti alla Direzione.

VILLAMAR (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 3256 lorde, abitanti 2258. Scad. 10 aprile.

VILLAMINOZZO (*Reggio Emilia*). — Condotta pei poveri; L. 3000 lorde, L. 1000 per cavalc. e L. 100 per arm. farm.; non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 15 aprile.

VOLTIDO (*Cremona*). — Condotta; L. 3000 nette e 3 sessenni, L. 100 quale uff. san. Età massima 40 anni s. e. r. Scad. 10 aprile.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

Il comune di Pereto (Aquila) cerca medico condotto interino. 700 metri sul mare; aria saluberrima, acqua potabile, illuminazione elettrica; popolazione riunita, 2700 abitanti; 6 km. dalla stazione omonima, 70 km. da Roma, prossimo ad Ascoli. L. 4000 oltre al servizio medico per scavalco nei comuni limitrofi.

Medico-chirurgo condotto, effettivo, trentacinquenne, usufruendo mese congedo annuale, cerca interinato buone condizioni da convenirsi anche subito. Ssrivere. Dott. Guido Demi - Craprese (Arezzo).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazion Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Roncofreddo (Forlì), Narni e Torano (Perugia), Casale di Scodozia (Padova), Vallerotonda (Caserta), Carpaneto (Piacenza), Camerino [per l'intero comune], Sedrina-Clanezzo e Casnigo-Barzizza-Cassano Sant'Antonio (Bergamo), Castagna (Catanzaro).

Reveca di diffide: Dovadola, Galeata, Santa Sofia e Borghi (Forlì), Torgiano (Perugia).

Nomine, promozioni e onorificenze.

NAPOLI. — Il prof. Achille Capaldi ha vinto il concorso a coadiutore ordinario dell'Istituto ostetrico ginecologico degli ospedali Incurabili e Riuniti; ha perciò conseguito la nomina regolare a datare dal 1° aprile.

Al posto di coadiutore aggiunto è stato nominato il dottor Gioacchino Maiella.

GENOVA. — Il dott. Pardo Ruggero, è autorizzato a trasferire da Modena a Genova la libera docenza in clinica oculistica.

MODENA. — Il prof. Donati Mario, straordinario di patologia chirurgica a Cagliari, è trasferito col suo consenso a Modena.

NAPOLI. — Il dott. Clemente Domenico è nominato assistente nella clinica ostetrica.

PALERMO. — Il dott. Argento Francesco è nominato assistente in igiene.

PAVIA. — Il prof. Morelli Eugenio è promosso all'ufficio di aiuto nella clinica medica; il dottor Lurà Angelo è nominato assistente in sua vece.

Il dott. Mariani Giuseppe è nominato assistente in clinica dermosifilopatica.

ROMA. — Il dott. Colucci Gennaro è abilitato alla libera docenza in clinica oculistica.

Il dott. Splendore Alfonso è autorizzato a trasferire da Parma a Roma la libera docenza in batteriologia.

SASSARI. — Il dott. Riquier Carlo è promosso aiuto in clinica delle malattie mentali; il dottor Quarenghi Mernio è nominato assistente in sua vece.

SIENA. — Il prof. Guzzoni degli Ancarani Arturo è nominato preside della facoltà di medicina e chirurgia.

Il dott. prof. Corrado Spediacci è stato insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia.

TORINO. — Il dott. Provera Cesare è abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria.

Il dott. Grinolo Federico è autorizzato a trasferire da Genova a Torino la libera docenza in clinica oculistica.

VENEZIA. — Il prof. Guicciardi Giuseppe è nominato professore-direttore della Scuola pareggiata di ostetricia, cessando in pari tempo dallo stesso ufficio nella Scuola ostetrica di Novara.

HALLE. Il prof. Wullstein è stato nominato medico-capo dell'ospedale corporativo « Bergmannsheil » a Bochum. Egli succede al compianto professor Löfker il quale per molti anni fu presidente della Lega dei medici della Germania (Deutsche Aerztevereinbbrund), che ha molto contribuito a migliorare le condizioni economiche dei medici in Germania.

MONACO. Il prof. Pfaundler, straordinario, è stato promosso al grado di professore regolare, in ricompensa dei rifiuti da lui opposti alle università di Strasburgo e di Lipsia che lo avevano invitato ad accedere nel loro corpo insegnante.

STRASBURGO. Il prof. Salge è stato chiamato a dirigere la clinica pediatrica quale successore di Czerny.

LETTERE DA PARIGI

Pratica illegale della medicina. — Da parecchi anni una magnetizzatrice ha impiantato numerosi gabinetti di consultazione in varie località prossime a Parigi. Questa donna pretende di guarire ogni malattia imponendo le mani sugli infermi che a lei corrono in folla e facendo dei « passi » magnetici sulle diverse parti del loro corpo.

Accusata di esercizio illegale della medicina e di truffa, essa fu assolta una prima volta dal tribunale di Versailles il 7 aprile 1911. Il tribunale ha ammesso che il fatto di agir sopra un malato a mezzo di un fluido senza ordinare rimedi, senza redigere ricette, senza prescrivere cure, non costituisce esercizio illegale della medicina. La sentenza osserva che non si sono mai condannati fino ad ora tutti quelli che in gran numero e ogni giorno, consigliano per ottenere la guarigione di una malattia, un regime speciale, o il soggiorno in stazioni dette climateriche o l'uso di acque minerali, termali o miracolose, nè quelli che con grande pubblicità raccomandano l'uso di specialità farmaceutiche, di composizione quasi sempre sconosciuta e di innocuità non sempre dimostrata.

Quanto alla truffa, la sentenza considera che dicendosi magnetizzatrice, l'accusata non si attribuiva una falsa qualità e che d'altra parte non appartiene al tribunale decidere se ella si è vantata con inganno di poter guarire magnetizzando, poichè la logica e la legge vogliono che il tribunale si fondi, per condannare, su delle verità certe e incontestate, e quindi non può assolutamente immischiarsi sulla controversia che si agita nel campo scientifico.

Se così facesse, il Tribunale si esporrebbe a colpire gli iniziatori arditi e geniali, e se non a soffocare la verità, la cui forza è invincibile, per lo meno ad arrestarla e paralizzarla per qualche tempo, con grave danno del progresso umano. Ed è così che, qualificandoli come truffatori, si sarebbero potuti condannare al loro tempo Charcot e i suoi discepoli. Per tali motivi il tribunale ritiene che l'accusa di trufia non sia giustificata.

Il 13 maggio 1911, contro la stessa magnetizzatrice ha luogo a Versailles un altro giudizio che l'assolve per la truffa, ma la condanna per esercizio illegale della medicina a 500 franchi di multa.

Il Pubblico Ministero avendo interposto appello alla prima sentenza e l'accusata alla seconda, la Corte d'appello di Parigi ha deciso di assolvere definitivamente l'accusata, che aveva del resto, dopo la prima assoluzione, ricevuto una decorazione modesta, ma alla quale si tiene molto in Francia: le palme accademiche.

La « guaritrice » è ritornata al suo gabinetto di consultazione, che sembra un santuario, tanti sono gli *ex voto* che pendono alle pareti, ed ha lanciato alla scienza una sfida pubblica, offrendosi di guarire, in un ospedale qualsiasi, un uomo o una donna o un bambino, affetti da una qualsiasi malattia, con la riserva che il soggetto che le sarà presentato dovrà essere considerato come incurabile e assolutamente perduto. « O lo salverò e i principi della scienza dovranno inchinarsi, o il mio intervento resterà senza effetto ed io cadrò sotto il ridicolo ».

Ed è così che la « guaritrice » sotto l'egida compiacente della legge, che non può del resto agire altrimenti, e l'astensione della scienza da una polemica che si presterebbe a menomarne il prestigio, continuerà ad aumentare la sua clientela, a danno dei coscienziosi e onesti professionisti.

Esercizio fisico sulla soglia della vecchiezza. — Da un prossimo e atteso libro del dott. Heckel « Culture physique et cures d'exercice » che uscirà fra giorni, un numero unico edito a cura del « Temps » a proposito del Congresso internazionale, pubblica uno dei più interessanti capitoli. Il dott. Heckel sostiene che l'esercizio fisico dai 60 ai 75 anni è utilissimo e produce dei rapidi e benefici effetti come nella prima fanciullezza. Heckel possiede 57 osservazioni di malattie della nutrizione e, sopratutto di disturbi circolatori, che sono stati mirabilmente influenzati. Si trattava di anginosi, aortici, cardio-renali, brightici, albuminurici, asmatici, enfisematosi. Per straordinario che possa sembrare Heckel assicura che l'esercizio regolare e moderato, consistente in vari movimenti coordinati che egli descrive, fa constatare un accrescimento osseo e un guadagno muscolare, la colonna vertebrale perde la curva e l'individuo diventa più alto. L'esercizio ginnastico allontana l'apparizione della senilità.

Heckel crede che la necessità del riposo assoluto preconizzata per i vecchi è invece nefasta. La sedentarietà li finisce, l'esercizio ne prolunga l'esistenza.

Carattere precipuo della senilità è la diminuzione di assimilazione; l'esercizio lento e moderato, come soltanto può essere praticato in quell'età, combatte questa tendenza, le contrazioni dei muscoli addominali favoriscono la circolazione generale e aiutano il lavoro del cuore. Quale profilassi migliore in un'epoca della vita in cui i disturbi di circolazione sono l'ordinaria causa della morte?

Dott. GOD.

Parigi, 22 marzo 1913.

NOTIZIE DIVERSE

La scuola per infermiere « Regina Elena ».

Una provvida istituzione, dovuta sovratutto alla pietosa iniziativa e alla costante azione personale della Sovrana, ricevette la consacrazione ufficiale e solenne il 31 marzo u. s. Nel gran salone dei ricevimenti al Quirinale, con l'augusto intervento del Re e della Regina, ebbe luogo la consegna dei diplomi di infermiera alle signorine che hanno compito il tirocinio teorico-pratico presso la Scuola Convitto professionale « Regina Elena », posta sotto l'alto patronato della Regina e annessa al Policlinico « Umberto I ».

Erano presenti alla simpatica cerimonia i ministri Credaro, Bertolini e Facta, un eletto stuolo di dame di Corte, i componenti il Comitato promotore della Scuola, l'*élite* del mondo sanitario della Capitale e molte notabilità.

Il prof. Raffaele Bastianelli, nella sua qualità di membro del Comitato della Scuola, disse brevemente di questa, delle sue origini, del suo programma, delle idee informative del nuovo indirizzo alla cui attuazione esso mira.

Ricordò, come essa sia sorta, per iniziativa e volontà e con il munifico concorso della Regina, con il contributo generoso dell'Amministrazione ospitaliera, di Enti e di privati fondatori, nel 1910, presso il Policlinico « Umberto I »; e come essa conti ormai cinquantacinque allieve, che hanno vitto ed alloggio nell'interno dell'Istituto e vi seguono un tirocinio teorico-pratico di circa due anni, in tre padiglioni del grande ospedale, sotto la guida della direttrice Miss Dorotea Suell e di altre infermiere inglesi, le quali verranno sostituite dalle allieve italiane, mano a mano che queste divengano abilitate dall'istruzione all'uopo impartita loro nella Scuola. Modellata, questa, sul sistema ideato da Miss Florence Nightingale, la grande innovatrice dell'assistenza infermiera in Inghilterra, sistema che mira ed intende alla formazione di un personale di assistenza immediata agli infermi, veramente atto alla delicata missione che gli è commessa di collaboratore e integratore dell'azione del medico.

Il direttore generale della Sanità pubblica, commendatore Lutrario, ravvicinò con felice rievocazione alla cerimonia che si stava compiendo il gesto nobile e generoso compiuto dalla Regina all'indomani del terremoto del 28 dicembre 1908, nell'opera personale di assistenza da essa data ai feriti nel disastro. Gesto, che fu insieme nobile esempio di virtù, coraggiosa affermazione della assoluta necessità di una riforma nell'assistenza agli infermi e chiara indicazione della via per tale riforma segnata.

Quell'atto di sapiente pietà, tracciò così il programma alla cui attuazione il Comitato presieduto dalla Principessa Doria, con fede ferma ed incrollabile, tenacemente perseguì con la istituzione della Scuola, sorta così per il concorso volonteroso di Enti e di privati, col doveroso aiuto dello Stato e per l'azione avvivatrice dell'Augusta Sovrana.

Il Suo pensiero di amore e di predilezione a pro dei sofferenti, è il soffio animatore della Scuola che da Lei prende il nome, e nella quale si affisa come ad ideale per la augurata sua realizzazione, a quella riforma dell'assistenza agli infermi della quale è universalmente sentito e ri-

conosciuto il bisogno. Riforma per la quale la professione dell'infermiera deve essere portata all'altezza della missione nobile ed alta che all'infermiera è affidata; integrare e completare l'opera tecnica del medico come l'azione integra e completa il pensiero, vivificarla e renderla davvero efficace con l'azione pietosa, veramente alta ed umana, diretta a quella cura morale del malato, che se dal medico può essere avviata, dall'infermiera sola può essere svolta ed esplicata.

Dalla sua grandezza e dalla sua radiosa bellezza, traendo la coscienza della propria responsabilità, la forza del sacrificio, il culto di ogni virtù, il baldo entusiasmo per l'ideale, ne diffondano, con l'esempio e con l'opera, la luce, le prime alunne che ora abbandonano la scuola.

Siano esse messaggere di una fede nuova, simbolo della nuova idea fattrice di bene, le cooperatrici prime ed efficaci della riscossa.

La scuola *Regina Elena* apparirà così e sarà veramente il faro luminoso che diffonderà lontano in cerchia sempre più larga, fino agli estremi limiti dello Stato, la luce feconda della idea innovatrice.

Ed un coro grandioso e solenne di voci, un inno di riconoscenza nascente dai petti di mille e mille esseri umani, cui furon leniti i dolori, fu ridata la vita nel più saldo dei vincoli fra la scienza medica e la pratica infermiera, si leveranno a benedire nel Regno e negli affetti la Maestà della Regina, per il pensiero vigile, alacre e premuroso dato alla giovane istituzione, come per il merito più eccelso, per la gemma più fulgida del suo serto regale.

Dopo le elevate parole del Direttore generale della sanità pubblica, la Regina consegnò personalmente a ciascuna delle sedici allieve che hanno compiuto il corso, il conseguito diploma, accompagnandolo col dono di elegante medaglia distintivo, in argento, appositamente coniata, che la Regina volle personalmente appuntare sul petto delle allieve. Dono che la Regina si compiacque di fare anche a nove infermiere inglesi che prestarono, durante due anni, in qualità di insegnanti, la loro opera efficace presso la scuola.

Una medaglia d'oro all'on. Santoliquido.

Di ritorno a Roma da Costantinopoli e da Berlino, l'on. Santoliquido, ex direttore generale della Sanità pubblica, è stato molto festeggiato dalla famiglia sanitaria ufficiale che ha voluto attestargli la sua costante ammirazione per l'altezza alla quale l'eminente igienista ha portato i servizi della sanità pubblica in Italia, e la sua gratitudine pei miglioramenti economici da lui assicurati ai funzionari di essa.

I funzionari dell'ufficio centrale e quelli dei laboratori, nonchè quelli della Prefettura, vollero offrire all'on. Sontoliquido una grande ed artistica medaglia d'oro e un album contenente le loro firme.

L'attuale direttore generale comm. Lutrario a nome di tutti consegnò la medaglia con cordiali espressioni.

L'on. Santoliquido ringraziò commosso e invitò tutti ad un pranzo, nel quale il sen. Paternò, il comm. Lutrario, il comm. Gosio, il prof. Jatta inneggiarono al festeggiato, che rispose ringraziando e ricordando il lavoro insieme fornito e stimolando ad adoperarsi sempre di più per l'avvenire della salute pubblica nel nostro paese.

Un omaggio ai medici delle Colonie estive.

Il Comitato dell'Esposizione internazionale d'igiene sociale in Roma nel 1912, oltre il Grande premio ed altre onorificenze assegnate alle Colonie estive marine ed appennine «per i pratici risultati ottenuti nella loro benefica opera di prevenzione antitubercolare», ha conferito il diploma con medaglia d'oro a ciascuno dei medici che compongono la Commissione sanitaria addetta alla istituzione: dott. prof. Enrico D'Anna, dottor Attilio Holl, dott. Ilario Romanelli, dott. Pietro Zannelli di Roma e dott. Pietro Melletti di Cingoli (Macerata).

Il nostro plauso a questi benemeriti.

XXV anni di laurea.

Un gruppo di laureati nell'anno 1888 presso l'università di Roma ha stabilito d'indire in Roma, per il prossimo giugno, una riunione fra tutti i compagni di scuola, onde festeggiare il 25° anniversario della laurea.

Indirizzare le adesioni al prof. Vittorio Ascoli, presso il nostro giornale.

IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali) (Roma 8-11 giugno 1913).

Il Comitato esecutivo ha inviato ai direttori degli Istituti scientifici, clinici e biologici e ai direttori dei principali Ospedali del Regno una circolare per invitarli a prendere parte all'importante riunione. Rileva in essa come, coincidendo il Congresso con il bicentenario di una epoca gloriosa per la storia della Medicina Italiana, che, colla pubblicazione del primo trattato di Patologia del lavoro del nostro immortale Ramazzini, schiudeva al mondo civile i nuovi e sempre più vasti orizzonti della Medicina sociale, il Comitato esecutivo desidera che questo Congresso riesca un'affermazione veramente nazionale nel campo scientifico, tecnico e sociale del lavoro, quale tributo di ammirazione e riconoscenza al grande Italiano, che ci dettava fin da due secoli fa, in tempi che nol compresero, i primi ammaestramenti.

A tale intento il Comitato rivolge vivo appello principalmente ai direttori di Istituti scientifici, clinici e biologici (rispettivamente ai direttori di Ospedali), perchè i rispettivi Istituti partecipino al Congresso almeno con una contribuzione scientifica esposta dal direttore o da qualcuno dei suoi allievi (rispettivamente assistenti) su argomenti inerenti alla Clinica, alla Fisiologia, all'Igiene del lavoro ecc. come su eventuali casi di malattie professionali osservati nei rispettivi Istituti, a carattere prevalentemente locale.

Con tali contributi scientifici, che il Comitato si augura integrati da quelli tecnici e sociali da parte di ingegneri, industriali e sociologi, noi affretteremo l'applicazione pratica nel campo legislativo dei postulati scientifici, a tutela della salute dei lavoratori, e quindi a vantaggio dell'economia e del progresso sociale, rendendo così il migliore omaggio a Colui che due secoli fa divinava i tempi nostri, ritenendo «giusto che a beneficio e sollievo di quelli pei quali tanto fa fa Giurisprudenza, anche l'Arte Medica dia l'opera propria e con studio speciale (fino ad ora negletto) provveda alla incolumità degli artieri nei singoli rami».

Nuovi giornali.

I progressi compiuti dalla medicina sono in massima parte dovuti all'applicazione del metodo sperimentale; ma i lavori sperimentali, destituiti per solito di applicazioni pratiche immediate, non trovano sempre benevola accoglienza nelle riviste cliniche, onde è sentito il bisogno di riviste speciali, come già ne esistono in Francia ed in America, consacrate unicamente ai lavori sperimentali.

Una nuova rivista del genere, la *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin*, sorge in Germania. Sarà diretta dai proff. Abderhalden, Enderlen, Krönig, von Noorden, Payr, von Pirquet, Sauerbruch, Schittenhelm, Straub, Trendelenburg, Uhlenhuth e redatta dai proff. F. Sauerbruch (Zürich. Florhofgasse 2) e C. Frh. von Pirquet (Wien VIII - 1 Alserstr. 21).

Lo sviluppo poderoso rapidamente assunto dall'urologia chirurgica ha reso opportuna la pubblicazione di una speciale rivista ad essa unicamente rivolta.

La *Zeitschrift für urologische Chirurgie* sarà diretta dai proff. Kröning, Kümmell, von Lichtenberg, Vollcker, Wildbolz. L'ufficio di redazione è tenuto dal Privatdozent Dr. A. von Lichtenberg, chirurgische Universitätsklinik, Strassburg i. E.

Le due riviste saranno edite da Julius Springer di Berlino (W. 9 Linkstr., 23 24).

Porgiamo al reputato editore, che seconda queste coraggiose iniziative, i nostri rallegramenti ed ai nuovi confratelli i nostri auguri.

La convenzione italo-tedesca per le assicurazioni operaie.

La convenzione fra l'Impero tedesco ed il Regno d'Italia sull'assicurazione degli operai contro gl'infortuni industriali e marittimi e contro l'invalidità, sottoscritta il 31 luglio dell'anno passato, fu ora ratificata ed è entrata in vigore il primo aprile corrente.

L'insegnamento dell'igiene per gl'ingegneri.

L'on. Rattone aveva interrogato il ministro della P. I. per sapere se non intenda di rendere obbligatorio l'esame di igiene in tutti i Politecnici del Regno.

Il sottosegretario on. Vicini ha risposto che con decreto 29 maggio 1898, n. 219, è stato istituito per gli allievi ingegneri delle scuole di applicazione un corso dimostrativo dei principî di igiene che hanno applicazione nei vari rami d'ingegneria. A tale corso possono essere ammessi anche ingegneri laureati, ai quali si rilascia un certificato comprovante gli studi fatti. Detto corso è impartito da persona abilitata all'insegnamento di tale disciplina nei politecnici e nelle scuole d'applicazione. Ne è obbligatorio l'esame soltanto nella scuola d'applicazione per gli ingegneri di Palermo e nel R. Politecnico di Torino.

Quanto ad eventuali riforme di questo stato di fatto, il Ministero crede di dovere attendere gli studi e le conclusioni della Commissione Reale che sta attualmente occupandosi del riordinamento generale dell'istruzione superiore.

Contro l'alcoolismo.

Il convegno dei delegati delle Sezioni lombarde dell'Unione Magistrale Italiana ha fatto voti: 1. che il Ministro della pubblica istruzione instituisca al più presto per i futuri maestri un corso obbligatorio di cultura antialcoolica nelle scuole normali e che provveda per gli attuali maestri con l'instituzione di lezioni speciali antialcooliche nei corsi autunnali di igiene; 2. che l'insegnamento antialcoolico sia parte speciale ed obbligatoria del programma d'igiene della scuola elementare, popolare, serale e festiva.

Propaganda igienica.

Il Consiglio della R. Società Italiana d'Igiene ha stabilito un programma di conferenze piane e facili da tenersi nei vari rioni della città di Milano, specie nei centri operai, su temi d'igiene (tubercolosi, alcoolismo, malattie infettive, ecc.).

Per lo svolgimento di sì vasto lavoro il Consiglio, e per esso la Commissione all'uopo designata, ha concretato di fare appello ai medici condotti, ai medici dell'Istituto municipale d'igiene ed a tutti gli altri cultori delle igieniche discipline, perchè vogliano prestar l'opera loro preziosa e necessaria al conseguimento di tanto nobile scopo.

Il dottor Eugenio Marini, medico condotto di Portoferraio, ha fatto domanda al R. Provveditore agli studi della provincia di Livorno per ottenere l'autorizzazione di tenere gratuitamente un corso elementare d'igiene agli alunni della scuola tecnica di Portoferraio. L'autorizzazione, sentito il Ministro della P. I., fu accordata. Gli alunni seguono con vivo interesse e profitto le lezioni.

Il prof. Gioja, libero docente di ostetricia presso l'università di Genova, ha tenuto a Milano una ottima conferenza dal titolo « Temi di ostetricia sociale ».

Ha illustrato l'igiene della gestazione, del parto, del puerperio e dell'allattamento e le provvidenze sociali che valgono a tutelare la madre e il neonato.

La fondazione Koch.

La fondazione Koch, istituita cinque anni or sono per ricordare la scoperta del bacillo della tubercolosi, dispone di un capitale di 1,200,000 marchi. Sono stati spesi fin'ora 100,000 marchi per promuovere le ricerche sulla tubercolosi. All'ultima sessione, tenuta in novembre, furono assegnati 3000 marchi per gli studi sulla colorazione vitale e 1500 per le investigazioni sui germi specifici circolanti nel sangue.

Pel Consorzio acque minerali naturali

si è tenuta a Milano un'assemblea.

Venne approvata la relazione della Commissione direttiva.

Constatata nuovamente « la necessità di iniziare opera attiva e pronta contro la invadente concorrenza delle acque artificiali e delle così dette acque sintetiche », si fanno voti onde il Consiglio direttivo abbia a dar principio allo svolgimento del programma già approvato e si esprime plauso ai promotori.

Incerti professionali.

La professione del medico diventa ogni giorno più difficile. Scrivono da Trino Vercellese (provincia di Novara) che giorni sono il dottor Mi-

nelli venne d'urgenza chiamato in un caffè, dove giaceva, gravemente ferito da una coltellata, un operaio. All'ordine dato dal medico di condurre il ferito all'ospedale, i compagni di questo si opposero a che l'ordine fosse eseguito; e vista l'insistenza del medico, lo aggredirono, malmenandolo e graffiandolo. Fu solo per l'energico e risoluto contegno del dottor Minelli, che dovette estrarre la rivoltella, che il trasporto all'ospedale del ferito fu alla fine possibile. (*Avv. San.*).

La centrale telefonica dei medici.

I telefoni di Vienna hanno avuto, d'accordo con l'Associazione professionale dei medici, una geniale trovata che crediamo possa venire imitata altrove e costituire una indiscussa utilità per il pubblico. Hanno creato una centrale telefonica dei medici. Costituendo i medici una categoria che ha bisogno di essere servita, in fatto di chiamate, con la massima precisione e rapidità, il provvedimento era, se non di assoluta necessità, almeno consigliabile. Il pubblico può avere, in qualunque ora della notte o del giorno, non soltanto il bisogno d'un medico che accorra in pochi minuti al capezzale d'un malato, ma può anche avere bisogno di uno specialista e anche di questo in pochi minuti. A sopperire a questo bisogno del pubblico serve la centrale telefonica dei medici.

Si chiama al telefono: « Medizinische Zentrale » e si è messi in comunicazione con un ufficio telefonico che non si occupa che dei dottori. E quell'ufficio, che è diretto anche da persone nominate dall'Associazione professionale, vi mette in comunicazione con il medico che desiderate, oppure vi dice in quanti minuti può essere a casa vostra o se pel momento è in visita, vi dice in quale casa si trova, o in quale caffè, o in quale teatro, se è assente dalla città, quale è il suo sostituto. Se però non avete un medico e volete domandarne uno qualunque la Centrale v'informa del medico desiderato, della sua tariffa, dei suoi titoli, della sua abilità e del suo numero di telefono e vi mette in comunicazione con lui. L'ufficio dunque, al tempo stesso anche per le informazioni, è gratuito. La trovata geniale è crediamo imitabile anche da altre categorie di professionisti. (*Riv. Sanitaria Sicil.*).

Una scuola medica militare in isciopero.

Gli allievi dell'Accademia militare di medicina a Pietroburgo, in segno di protesta contro il nuovo regolamento che impone loro come se fossero soldati semplici di fare il saluto militare a tutti gli ufficiali, hanno proclamato lo sciopero ed abbandonato i loro studi e strappato le insegne delle uniformi.

Il ministro della guerra ha ordinato di chiudere l'Accademia e di espellerne tutti gli allievi.

Indennizzo in contanti di un danno morale.

Una giovine madre di Parigi aveva affidata la propria bambina illegittima alla Pubblica Assistenza, prima di essere lei stessa ricoverata in un ospedale.

Non essendo stata avvertita in tempo della morte avvenuta della sua bambina, ella intentò causa alla Pubblica assistenza. Il Tribunale le accordò un indennizzo di due mila franchi, quale riparazione del pregiudizio morale da lei patito per non avere potuto rendere i « derniers devoirs » alla propria bambina. La parte civile aveva chiesto quaranta mila franchi.

Ammenda inflitta a due medici.

Allo scopo di accertare la posizione di un corpo estraneo nella schiena di un paziente, prima di procedere all'estrazione, due medici di Baden, in Germania, applicarono i raggi X; ma il paziente venne gravemente ustionato per difetto della tecnica. Egli intentò causa contro i due medici, e — analogamente a ciò che vogliono praticare i tribunali tedeschi — i due medici furono condannati e hanno dovuto solidariamente pagare 10,000 marchi (12.500 lire) al paziente, quale ammenda del danno cagionatogli.

Per il commercio dei medicinali a Cuba.

Un disegno di legge con lo scopo di regolare l'importazione e la vendita dei prodotti farmaceutici stranieri a Cuba è stato presentato al Parlamento. Questo progetto prescrive che le specialità straniere non potranno circolare a Cuba, se non quando il rappresentante incaricato della vendita sia un farmacista cubano. Bisognerà inoltre che le specialità sieno conformi alle esigenze seguenti:

1° L'etichetta dovrà indicare i componenti ai quali il prodotto deve la sua attività terapeutica e la quantità di questi componenti;

2° L'accademia delle scienze cubane si assicurerà che la preparazione possieda realmente le proprietà annunciate;

3° Un certificato si esigerà, comprovante che il prodotto sia stato fatto nei laboratorî che lavorano legalmente nei paesi d'origine.

Un ospedale per ferrovieri nel Messico.

Le « Ferrovie Nazionali » del Messico hanno deliberato di erigere un ospedale riservato ai ferrovieri. L'ospedale sorgerà in terreni della compagnia, a Popoka, un sobborgo della città di Messico. Potrà ricoverare 150 pazienti in due padiglioni (*Consolar Reports*).

Un ospedale nel Siam.

Il re del Siam ha acquistato un grande edifizio, noto come « Himapan Park », al quale sono annessi molti giardini, al nord di Bangkok, e l'ha offerto a questa città per allogarvi un ospedale.

Le spese di adattamento e di manutenzione saranno sostenute interamente dal sovrano.

L'immigrazione dei pazzi negli Stati Uniti.

La Camera dei rappresentanti a Washington ha approvato la legge che colpisce con un'ammenda di mille franchi le Compagnie di navigazione che trasportano agli Stati Uniti stranieri colpiti da pazzia.

Il paese di lunga vita.

Il caso è abbastanza straordinario perchè valga la pena di accennarvi. A Velio, paesello alto 600 metri non lontano da Trento e che conta circa 700 abitanti, da due anni non vi è stato alcun decesso.

Per di più si ebbero parecchi nuovi nati e molti sono gli abitanti che hanno superato gli 85 anni.

Rassegna della stampa medica.

Allg. Wien. Med. Zeitung, 21 genn. GREEN. « L'appendicite nell'infanzia ».

Münch. Med. Woch., 21 genn. STÄUBLI. « Sulla terapia dell'asma ». — DEYCKE e MUCH. « Sulla tubercolina e l'immunità verso la tubercolosi ». — SIMMONDS. « Ipofisi e diabete insipido ». — SCHUFFNER e VERVOORT. « L'oleum chenopodii contro l'anchilostomiasi ». — BOSSI. « Psichiatria e ginecologia ».

Riv. di Patol. nerv. e ment., 18 genn. CIUFFINI. « Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori del lobo parietale ». — MATTIROLO e GAMNA. « La midriasi adrenalinica in rapporto alla sindrome oculo-simpatica di Claude Bernard-Horner ».

Medic Record, 18 genn. VON NOORDEN. « Radium- e thorium X-terapia.

Arch. d. Malad. d. l'App. Dig. et de la Nutr., genn. LABBÉ e BITH. « Azione dei diversi regimi nel diabete denutrente ». — GRIFFON. Localizzazione coprologica delle affezioni accompagnate da diarrea ».

Proc. of the R. Soc. of Med., genn. BAIN. « Sul trattamento della colelitiasi ». — CAUTLEY, MACKENZIE e a. « La cura delle malattie cardiache nell'infanzia ». — KINGSBURY. « La cura del gozzo esoftalmico ». — HILL, STARLING e a. « La fisiologia della pressione endo-oculare ». — MC DONAGH. « Il ciclo di vita completo dell'agente della sifilide ».

La Crit. Med., genn. RADAELLI. « Morte improvvisa non operatoria per pneumotorace terapeutico ». — ANTONINI. » Sul tipo edilizio manicomiale ».

Gazz. d. Osp., 21 genn. TENANI. « Paralisi del sesto paio come complicanza alla rachianestesia stovainica ».

La Sem. Méd., 23 genn. SCHWARTZMANN. « Turbe circolatorie acute da ipotermia brusca del vago ».

Gaz. d. Hôp., 21 genn. SIMOND e VALLERY-RADOT. « Sull'epidemia di colera di Costantinopoli nel 1911 ».

La Presse Méd., 22 genn. CHAPUT. « La sutura sottocutanea della rotula e dell'olecrano ». — MARTINET. « Idremia, azotemia, cloruremia, nelle nefriti ».

Wien. Klin. Woch., 23 genn. BUETTENR. « La digestione, alla luce delle moderne ricerche serologiche ».

Policlinica, genn. REIG. « Sinfisi pericardio periepatica ». — FILLOL. « La rigenerazione fisiologica del sangue nelle anemie ».

Il Lavoro, 15 genn. GANORA. « Patologia e igiene delle risaie ». — DEVOTO. » A proposito di una recidiva di colica saturnina ».

Gazz. d. Osp., 23 genn. TORTORA. « Sulla rarità del ginocchio valgostatico presso gli arabi ».

Gazz. Med. Ital., 23 genn. GOZZI. « Castrazione e tiroparatiroidectomia ».

Gaz. d. Hôp., 23 genn. VARIOT. « La situazione della culla come fattore di asimmetria del seno ».

Le Bull. Méd., 25 genn. GINESTOUS. « Le malattie oculari d origine professionale ».

The Lancet 25 genn. GOULD. « La cura del cancro inoperabile ». — THIELE e EMTLETON. « La patogenicità e la virulenza dei batteri ».

L'Idrologia, ecc., 12 GAUTHIER. « Azione dei colloidi delle acque minerali ».

Journal d. Prat., 25 genn. RÉNON. « Valore teorico e valore pratico del pneumotorace artificiale nella cura della tubercolosi polmonare ».

La Presse Méd., 25 genn. AUBERTIN e PARON. « La corea del cuore ». — HARTENBERG. « La stricnina a dose intensiva ».

Brit. Med. Journ., 25 genn. « Relazione sull'istituto pel radium ». MILES. « Diagnosi e trattamento del cancro del retto ».

Arch. gén. de Chir., 25 genn. DOAZAN. » Le emorragie meningee del neonato ». — MAUCLAIRE. « Patereccio da bacillo del mal rossino ».

The Boston M. a. S. Journ, 23 gen. RISLEY. « Lo shock ».

The Journ. Am. Med. Ass., 25 genn. CHETWOOD. « Contrattura del collo della vescica. — DEAVER. « La stenosi uretrale ». — JENNINGS e KING. « Sull'etiologia della pellagra ».

Il Morgagni, genn. BIANCHI. « Le cellule di Kupffer ».

Ann. dell'Ist. Maragliano, 5. MARZAGALLI e MARAGLIANO V. « Azione delle correnti ad alta frequenza sui veleni tubercolari e sul siero antitubercolare ». — MARAGLIANO V. « Roentgendiagnosi della tubercolosi polmonare ».

Ann di Med. Nav. e Col., 5-6. BELLI e OLIVI. « L'aria nei sommergibili immersi. — SERRATI « Il trasporto degli emigranti durante l'epidemia colerica ».

Gazz. Med. It., 30 genn. MORESCHI E. « Intorno ai metodi di ricerca dell'adrenalina ».

Zeitschr. f. Tuberk., genn. KRAUS « Disturbi di sviluppo e tubercolosi ». — PROROK. « I minerali nello sputo »

Bull. de l'Ac. de Méd., 28 genn. ROBIN A. « Composizione chimica del cancro del fegato. — WURTZ, TEISSIER, ecc. « Nuove ricerche sul vaiolo-vaccino ».

Riv. Osped., 30 genn. BERTOLOTTI. « Patogenesi delle asciti chilose ». — RIVA « Acetonuria e versamenti ematici nelle sierose ».

Il Morgagni (Riv.), 31 genn. SABELLA. « La flebite nella febbre tifoide ».

Sanidad y Benef., 4-5. DOMINGUEZ. « Un bacillo paratifico ». — LÓPEZ DEL VALLE. « Campagna contro le mosche ».

Rev. del Circ. Méd Argent., nov. e dic. PENNA. « Conferenza inaugurale del primo corso argentino di epidemiologia ».

Gaz. d. Hôp., 28 genn. MÉNARD. « Introduzione allo studio delle osteo-artriti tubercolari ».

La Presse Méd., 29 genn. CHAUFFARD. « La dissociazione degli stati colemici ».

La Sem. Méd., 29 genn CHEINISSE. « Le febbri prolungate da causa oscura ».

Giorn. It. delle Mal. veneree e d. Pelle, 30 genn. DE NAPOLI. « Sulle ulceri veneree extragenitali e genitali ». — RADALI « Alcuni concetti sull'indirizzo degli studi dermatologici ». — DE AMICIS « Impetigo herpetiformis gravidarum ». — ENGEL. « Leiomioma cutaneo multiplo ».

Wien. Klin. Woch., 30 genn. ULLMANN. « Sul parassitotropismo e la tossicità del salvarsan (e neosalvarsan) ». — SCHWARZ « Irrigo-radioscopia diretta del colon » — BAUMGARTNER. « La carie dentale: una streptomicosi ».

Deut. Med. Woch., 30 genn. KASSOWITZ « Patogenesi ed etiologia del rachitismo ». — DUTOIT. « La tubercolosi della tiroide ».

Dermat. Woch., 1 febbr. RUPP. « Sull'etiologia della tubercolosi cutanea, particolarmente del lupus vulgaris ».

Med. Klinik, 26 genn. STADLER. « La cura dell'asma bronchiale ». — SCHÜRMANN e ABELIN-ROSENBLAT. « Sulla diagnosi batteriologica del colera ».

Gazz. d. Osp., 26 genn. CECONI. « Leucemia e pseudo leucemia ».

Berl. Klin. Woch., 27 genn. VEIT. « L'eclampsia e la sua cura ». — LEWIN. « Sulla biologia dei tumori ». — NAGELSCHMID. « La cura elettrica della pinguedine ».

Giorn. di Psichiatria Clinica e Tecnica manicomiale, I-II. MATTIOLI. « Lesione talamica con monotremore ». — PETRÒ e DOSIO. « La curva urinaria nelle psicosi da alcoolismo ». — ZAMBLER. « Raffronto clinico di forme paranoidi ». — MONTEMEZZO e GATTI. « Nosografia delle psicosi confusionali acute ».

Gaz. d. Hôp., 25 genn. GOUGEROT. « Oosporosi (nocardosi) cutanee ».

La Pratica oto-rino laring., 25 genn. MACCONE. « L'ispezione rino faringea negli alunni delle scuole primarie ».

La Med. Soc., 25 genn. DI VESTEA. « La giornata di 8 ore ». — LA TORRE. « Lo sviluppo del feto e sua mortalità ».

Paris Méd., 25 genn. HUTINEL. « Reazioni meningee durante le poliomieliti ». — CARNOT e DUMONT. « Il cancro della valvola ileo-cecale ». — PELLOT e PIZON. « Cura delle fratture della gamba con l'apparecchio per la marcia di Delbet ».

Pensiero Med., 26 genn. PARLAVECCHIO. « Casistica di tumori del piccolo omento ».

La Rif. Med., 25 genn. CAVINA. « Le modificazioni del glicogene epatico in seguito ad iniezioni endovenose di colina ».

Bull. of the J. Hopk. Hospital, genn. HAMBURGER. « Epidemia di angina da streptococchi di origine lattea ».

Münch. Med. Woch., 28 genn. BERGMANN. « L'ulcera peptica spasmogena ». — STURSBERG e SCHMIDT. « La misura della capacità al lavoro ».

Lo Sperimentale, VI (29 genn.). GORETTI. « Il problema della vaccinazione antitifica nell'uomo ». — BOLAFFI. « Sul significato della evoluzione epidermoidale in alcuni cancri della vescica ».

La Ginecol., 18. PISANI e SAVARÈ. « La deviazione del complemento applicata alla diagnosi di gravidanza ».

Revue Neurol., 30 genn. LANBRIOR. « Nuovo caso di malattia di Friedreich con autopsia ».

The Journal of Med. Res. genn. MARINE, SIMPSON. « Blastomi benigni (della tiroide, della prostata) ». — BROOKS. « Fibrosi arterio-capillare simulante una miastenia grave ». — SWEK e FLEISHER. « Inibizione dell'emolisi con siero di cancerosi ».

Arch. Ital. di Ginec., 31 genn. SANTORO. « Sulla trasfusione del sangue ». — DELLE CHIAJE. « Sul parto cesareo ». — LASTARIA. « La febbre intermittente delle puerpere e l'infezione cesarea ».

Biochimica e Ter., sperim., gen. CARBONE e NIZZI. « Rapporti fra colesterina e reazione del Wassermann ». — SEGÀLE. « Sul ricambio nella anafilassi da siero ». — ASCOLI A. « Antiblastina e precipitina del carbonchio ematico ».

Gl'Incurabili, 31 genn. BERGER. « La ricerca della bilirubina nell'urina ».

Riv. crit. di Clin Med., 1 febbr. MONDOLFO. « La febbre post-critica nella polmonite lobare ».

La Rif Med., 1 febbr. ARENA. « Sindrome cerebellare da malaria ». — LORENZINI. « Sui tumori addominali nell'infanzia ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 13 aprile 1913* **Fasc. 15**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

R. Istituto di studi superiori e di perfezionamento di Firenze.

Clinica chirurgica generale diretta dal prof. E. BURCI.

Contributo clinico all'applicazione della cistopessia per il ripristino delle funzioni vescicali

per il dott. CARMELO FERRO.

Oggetto di questo studio, nuovo sotto il riguardo dell'applicazione clinica della cistopessia, è un caso di paralisi vescicale post-infettiva a decorso cronico in un individuo d'età avanzata senza ostacolo meccanico della minzione, operato con successo nella R. Clinica chirurgica di Firenze, diretta dal prof. Burci.

Nelle scarse notizie bibliografiche relative alla cistopessia poco si dice sulla sua applicazione clinica, mentre invece non mancano considerazioni teoriche desunte da esperienze sugli animali e da osservazioni sui cadaveri.

A partire da un ventennio addietro, si ha qualche accenno sulla fissazione della vescica alle pareti addominali.

Rasumowky, vecchio chirurgo russo, per scongiurare il pericolo dell'infiltramento urinoso, ai tempi in cui la sutura della vescica era ancora imperfetta e si agitava la questione se convenisse chiudere o lasciare aperta la ferita vescicale dopo l'epicistotomia, propose di cucire la vescica e di fissarne la sutura alle pareti addominali per rafforzarla.

Molti chirurghi, specialmente in Russia, seguirono questo procedimento, ma più tardi, essendosi perfezionati i metodi di sutura della vescica, si ritennero infondati i timori della infiltrazione urinosa ed il processo Rasumowky fu abbandonato per la sua inutilità.

Albarran dopo l'epicistotomia pratica abitualmente la fissazione della vescica alle pareti addominali, intendendo in questa guisa di abolire lo spazio virtuale prevescicale. La tecnica consiste nel porre da ciascun lato della linea mediana un filo di catgut che fissa la vescica ai muscoli retti. Il filo viene passato in lungo nello spessore della parete vescicale, parallelo alla sutura della vescica, senza penetrare fino alla mucosa.

I due capi di ciascun filo traversano di poi la parte profonda del muscolo retto del lato corrispondente e vengono annodati sotto il ventre muscolare.

Una parte limitata della parete vescicale anteriore si viene a trovare a contatto diretto della parete addominale ed è sufficiente per annullare lo spazio prevescicale.

Partendo dal concetto espresso da Socin, Goldmann, Guyon, Genouville, Pateau ed altri ancora, che nella ritenzione dei prostatici lo ingrandimento della prostata non rappresenta il momento eziologico principale essendo associato ad altri fatti che da soli possono giustificare il persistere della ritenzione anche dopo asportata la prostata, Delageniére, Jaboulay e Andry praticano la prostatopessia sottoperineale come metodo di scelta nei casi di ipertrofia prostatica poco accentuata, cioè prima che abbia superato il 2° periodo di Guyon nel qual caso le lesioni dei detrusore sono molto inoltrate e non lasciano sperare che si possa ripristinare tanto facilmente la sua funzione.

L'operazione consiste nel lussare la prostata dalla sua loggia fibrosa incidendo l'aponevrosi di Denouvilliers, lasciandola libera sulla faccia anteriore del retto al disopra dello sfintere anale dove viene a trovarsi dopo lussata, senza bisogno di sutura perchè non ha tendenza a rientrare nella sua loggia. Il risultato anatomico conseguito dalla prostatopessia è principalmente l'atrofia della prostata. Inoltre si ottiene un abbassamento dell'orificio uretrale interno ed una maggiore permeabilità dell'uretra prostatica. I risultati funzionali ottenuti con questo trattamento sembrano soddisfacenti: si avrebbe un risveglio graduale della contrattilità vescicale che ripristina gradatamente la minzione. Esso però è molto decaduto da quando è entrata nella pratica la prostatectomia transvescicale alla Freyer. Il metodo si può considerare per i suoi effetti come una cistopessia inferiore; è semplice, conservativo. Perassi ha eseguito esperienze di cistomioplastica sui cani per vedere se sia possibile applicare i risultati nei casi di insufficienza e di distensione della vescica dei prostatici. La tecnica consiste nella formazione di un lembo mediano lungo 10 cm. costituito dalle metà interne dei retti addominali distaccandolo dalla inserzione pubica. L'estremo libero si può rendere bifido e viene di poi suturato alle facce laterali della vescica. Per colmare la breccia si portano a contatto sulla linea mediana le restanti porzioni dei retti. Si può anche preparare il lembo inversamente distaccandolo cioè, dall'inserzione superiore per rovesciarlo dopo sulla faccia posteriore della vescica. Ne consegue, secondo l'autore, irrobustimento delle pareti vescicali, aumento della tensione che ha controllato con speciali esperienze, sollevamento della vescica, scomparsa del bassofondo ed infine un dispiegamento maggiore dell'orificio uretrale interno. La tensione attiva dei tessuti innestati favorirebbe l'avvicinamento della parete posteriore della vescica all'anteriore.

Il metodo ha i suoi inconvenienti perchè, come dice lo stesso autore, spesso fallisce lo attecchimento del lembi. Le numerose esperienze di mioplastica (Lenzi e Riccioli) dimostrano che i lembi muscolari vanno incontro a sostituzione connettivale per cui essi divengono presto inattivi ed inutili. Non sappiamo poi se questo metodo sia applicabile all'uomo essendo in esso molto differenti le condizioni di statica della vescica.

Goldmann si è occupato particolarmente della cistopessia addominale, facendo osservazioni ed esperienze sui cadaveri di individui che avevano subìto in vita la puntura soprapubica della vescica.

Quasi sempre ha riscontrato una forte aderenza nel punto di cicatrice tra la vescica e la parete addominale, per cui la vescica si mostra alquanto sollevata. Per constatare poi le modificazioni che avvengono nell'orificio uretrale interno in seguito a sutura molto alta della vescica alla parete addominale, questo autore la riempie di formolo, il quale fissa i tessuti e li mantiene nella posizione voluta. Con tali ricerche sul cadavere questo osservatore vede che l'orificio uretrale interno in conseguenza dello stiramento della parete vescicale anteriore si presenta più beante con pieghettature raggiate ed il fondo vescicale scompare col sollevamento della vescica. L'autore cita due casi clinici di individui d'età avanzata affetti da ritenzione guariti con la puntura soprapubica e di uno di questi morto dopo due anni dall'operazione per malattia cardiaca riferisce i risultati necroscopici:

1° larga saldatura della vescica alla parete addominale;

2° antiversione della vescica;

3° notevole larghezza del meato uretrale interno;

4° assenza di bassofondo vescicale;

5° mancanza di lesioni anatomo-patologiche nei bacinetti e negli ureteri.

In base alle sue esperienze ed osservazioni, consiglia negli interventi di questo genere, di non essere unilaterali rivolgendo l'attenzione esclusivamente alla prostata, ma di correggere le altre condizioni anatomiche della vescica con la cistopessia. Perciò raccomanda di eseguire la ventrofissazione della vescica in modo ampio, sollevando più in alto che si può la piega peritoneale.

Poncet, Kalischer, addebitano il successo ottenuto con la ventrofissazione della vescica mediante puntura alta soprapubica nelle ritenzioni croniche di vecchi alle modificazioni dell'orificio uretrale interno, alla correzione del bassofondo e della linea direttiva dell'orificio stesso.

Krynskz, seguendo il medesimo punto di vista, consiglia la fissazione ampia della vescica alla parete addominale.

Da quanto ho esposto finora sulla cistopessia risulta evidente come tutti gli autori siano concordi nel riconoscere il vantaggio di questo atto operativo intento a correggere i difetti anatomici e funzionali della vescica conseguenti all'ipertrofia prostatica, alla ritenzione cronica ed alle alterazioni della tarda età. Mancano però risultati clinici decisivi; anche per questo riguardo non mi è sembrato inutile di riferire il seguente caso clinico interessante, secondo me, non solo per il risultato funzionale ottenuto, ma anche per le speciali indicazioni per le quali fu eseguito, ed anche per la tecnica usata, che è molto differente da quella consigliata dagli autori sopra citati.

Il metodo nelle sue linee generiche direttive è quello consigliato da Goldmann, che a quanto io so, non è stato mai eseguito clinicamente.

Ciò premesso riferisco senz'altro il caso clinico.

S... E..., di anni 58, della Pia Casa di Lavoro di Firenze, entra in Clinica il 20 dicembre 1909, proveniente dal turno medico del prof. Banti. Non ha precedenti ereditari degni di rilievo. Nell'infanzia soffrì una lunga malattia d'occhi cui tenne dietro un indebolimento del potere visivo più accentuato per l'occhio destro. Da giovane si contagiò parecchie volte di malattie veneree, ma esclude in modo assoluto di avere contratto l'infezione celtica. Sua moglie morì giovanissima di tubercolosi polmonare e da lei ebbe una figlia tutto oggi vivente e sana. Afferma di non aver mai sofferto, o per lo meno di non essersi accorto precedentemente di disturbi funzionali della minzione. Esercitava il mestiere di venditore ambulante, lavorando instancabilmente; non ha mai ecceduto nel bere.

Il 10 dicembre 1909 ammalò di polmonite, per cui venne ricoverato al 1° turno medico dell'Ospedale di S. M. Nuova in Firenze.

Il quinto giorno di malattia la temperatura cadde per crisi e nel contempo si manifestò un'atonia intestinale seguita il giorno dopo da impotenza assoluta di mingere. All'inizio di questo nuovo fatto morboso, la temperatura salì a 37°.5, ed il paziente accusava dolori tensivi di breve durata nella regione ipogastrica. La stessa sera scomparvero i dolori e decadde la temperatura. L'alvo rimase inattivo per sei giorni; riprese poi le sue funzioni dopo somminisrazione di purganti salini, clisteri oleosi, ed in seguito ad iniezioni ipodermiche di stricnina. La ritenzione vescicale si mantenne completa per cui occorreva siringare regolarmente l'ammalato. Durante gli eccessi di tosse fuoriusciva involontariamente dal meato qualche goccia d'urina, ma il paziente non riusciva a vuotare neppure parzialmente la vescica con l'aiuto di forti premiti. Nessuna sensazione aveva il malato nè del bisogno di urinare, nè di avere la vescica distesa.

Stato presente:

Costituzione scheletrica regolare, scarso pannicolo adiposo sottocutaneo, apparato ganglionare normale.

Alla percussione nessun fatto speciale nell'ambito toracico: all'ascoltazione si notano rari rantoli dei grossi bronchi.

Sistema cardio-vascolare normale.

Riflessi normali: mancano segni di lesione spinale (Romberg, Argill-Robertson, Westphal).

Nessuna alterazione dell'andatura.

Con la palpazione e la percussione si limita il fondo della vescica ripiena e distesa: essa giunge a livello di una linea trasversale passante per le spine iliache antero-superiori. Quantunque esista questa rilevante distensione della vescica, l'ammalato non sente che un lievissimo stimolo alla minzione. Anche la pressione esercitata sulla vescica distesa non desta alcun senso di sofferenza. La minzione non è possibile nemmeno con l'aiuto dei più violenti sforzi.

Uretra permeabile ad una sonda 24 Charrière. Superficie interna dell'uretra senza irregolarità o punti ristretti. L'urina esce dal catetere senza propulsione, e per vuotare completamente la vescica occorrono forti pressioni all'ipogastrio. L'urina, che sembrava chiara prima che fosse iniziato il sondaggio evacuativo metodico, è torbida, fetidissima, in quan-

tità di 800 cmc. la prima estratta, di reazione alcalina, ricca di albumina. Il sedimento, abbondantissimo, fioccoso, è costituito in massima parte da pus e da cristalli di triplofosfato.

Si praticano lavande giornaliere con una soluzione di nitrato d'argento al 2 $^0/_{00}$ e si lascia la sonda a dimora. L'urina si modifica notevolmente sotto l'influenza di questo trattamento. Si somministra arrheol 9-12 capsule al giorno e joduro di potassio alla dose 1 gm., e si praticano anche le frizioni di unguento mercuriale per eliminare il dubbio che si tratti di una forma luetica, per quanto l'anamnesi la escluda. La ritenzione però non ne venne affatto influenzata. Si ricorse allora ad applicazione di corrente faradica, con placca alla colonna lombare e sonda metallica endovescicale.

Quantunque a corrente leggerissima si generi uno spasmo intenso del collo della vescica e del retto, che si ripete poi nelle altre sedute, non si ottiene neppure dopo questo trattamento, associato a una cura interna di stricnici, alcuna modificazione del fenomeno ritenzione.

Negli intervalli, durante i quali si lascia l'ammalato senza siringa, malgrado i tentativi ripetuti, la minzione spontanea riesce impossibile. La cistite, come già accennai, andò notevolmente migliorando mediante i ripetuti lavaggi vescicali; l'urina divenne meno torbida, di reazione acida, con lievi tracce di albumina e pochissimo pus nel sedimento. L'esame cistoscopico praticato dal prof. Taddei rivela: segni di cistite sul trigono, con qualche piccola ulcerazione catarrale; vescica a colonne ed a cellule; mucosa pallida biancastra, con pochi vasi visibili; piccole irregolarità del contorno del collo vescicale, non presenza di lobo medio. L'esplorazione rettale fa notare una prostata dura, di grandezza normale, di superficie uniforme, indolente alla pressione, con evidente solco mediano. La capacità vescicale è enorme; la vescica è insensibile alla distensione, se si considera che si possono introdurre fino a 600 cmc. di liquido senza suscitare dolori o bisogno di mingere. Il 25 gennaio 1910, dopo 37 giorni di degenza, persistendo le medesime condizioni malgrado le cure praticate, il prof. Taddei decide di intervenire allo scopo di creare una stomia stabile.

OPERAZIONE.

Rachianestesia lombare con novocaina.

Cistotomia soprapubica.

Reperto. — Vescica a piccole colonne tipica; mucosa pallida; prostata con qualche irregorità sotto forma di lieve sporgenza nella porzione inferiore del collo, ma senza lobo medio.

Essendosi riscontrato un bassofondo moltissimo accentuato, una vescica ampia a parete sottile, il prof. Taddei pensò se non fosse conveniente di associare alla stomia una cistopessia.

Chiusa la ferita vescicale con punti staccati che interessano soltanto la muscolare e sovrapposta una sutura Lembert, si applica un drenaggio tubulare all'angolo inferiore della ferita vescicale. Sistemata così la ferita vescicale, segue la cistopessia. Isolato il cul di sacco peritoneale in modo da scoprire più che sia possibile in alto la vescica, si pongono 5 anse di catgut grosso, non perforanti, la prima immediatamente al disopra del drenaggio e l'ultima (3 cm.) al disopra dell'angolo superiore della ferita vescicale nella parte di vescica denudata. Ciascuna ansa attraversa il muscolo retto di un lato dall'avanti all'indietro, penetra rispettivamente dall'uno all'altro lato a 1 cm. circa della ferita vescicale precedentemente suturata ed attraversando il muscolo retto dal lato opposto dall'indietro all'avanti viene annodata al disopra dei retti addominali.

Sutura cutanea. Siringa uretrale a permanenza.

Decorso post-operativo. — Il decorso postoperativo è ottimo sotto tutti i riguardi. Non si lamentano inconvenienti e non si nota reazione termica. Ogni giorno si fanno le lavande trascorrenti, ed otto giorni dopo l'operazione, tolta temporaneamente la siringa uretrale, si invita il paziente ad urinare. Questi riesce in parte con premiti ad emettere l'urina, ma è costretto a smettere per il dolore che provoca nella parte operata. Successivamente la minzione uretrale va stabilendosi spontaneamente. Chiudendo per alcune ore, mediante una pinzetta a pressione, il tubo ipogastrico, e visto che il malato poteva urinare da sè dapprima con una certa frequenza (½-1 ora), successivamente ogni 2-3 ore, si tiene chiuso quasi costantemente il tubo ipogastrico. La minzione non solo si effettua spontanea, ma il residuo vescicale è minimo (30-50 gr.).

Il 14 febbraio, anche dietro richiesta del malato, si decide di togliere il drenaggio soprapubico, e la ferita si avvia rapidamente a guarigione. Dopo un mese dall'operazione, il 23 febbraio, l'ammalato lascia la Clinica totalmente guarito. Avverte lo stimolo a mingere ed urina a volontà, vuotando quasi del tutto la vescica. Urinando ogni due ore, rimane un residuo che non sorpassò mai i 100 cmc. di urina.

Cinque mesi dopo l'operazione l'ho rivisto nella Pia Casa di Lavoro in condizioni ancora migliori, senza che accennasse al più lieve disturbo.

Urina volontariamente 4 o 5 volte nella giornata, con getto normale per calibro e propulsione, senza avvertire il bisogno durante la notte.

Le urine sono chiare.

Dall'esame del paziente si rilevano gruppi distinti di sintomi che permettono non solo la diagnosi di cistoplegia, ma anche di poter stabilire un rapporto fra le condizioni preesistenti della vescica e l'attuale sopravenienza morbosa con le sue conseguenze. Sono fatti di importanza l'impotenza della vescica a vuotarsi senza il sussidio del catetere, la mancanza di propulsione del getto dell'urina, l'assenza di reazioni, dolori e sensazioni speciali con lo stimolo elettrico e col riempimento esagerato della vescica, l'insensibilità della mucosa al contatto del catetere, pur essendovi una cistite. Questo gruppo di sintomi depone per la paralisi completa sensitiva e motoria del detrusore. Lo sfintere striato è sano e reagisce come normalmente allo stimolo elettrico. Avviene nel paziente che con i forti premiti scappa fuori un po' di urina. Questo fenomeno è dovuto alla pressione eccentrica fatta dal liquido endovescicale su tutti i punti delle pareti per cui il collo si dischiude meccanicamente. La ritenzione si è stabilita in modo acuto nella convalescenza di una polmonite precisamente nello stesso giorno in cui la malattia si risolvette per crisi.

Si tratterebbe di un'azione dovuta alle tossine infettive, che come è noto, vengono eliminate da tutte le vie durante la crisi di malattie infettive.

Escludo *a priori* che l'affezione fosse in rapporto con lesioni anatomiche midollari, perchè non è ammissibile una lesione tanto limitata del midollo senza cointeressare lo sfintere esterno ed il retto, che hanno sede prossima nel centro spinale, senza determinare alcun disturbo sensitivo o motore a carico degli arti inferiori. Sappiamo poi che per la genesi di una paralisi completa e duratura della vescica di origine midollare occorrono lesioni gravissime del midollo, distruzioni trasversali o malattie che l'interessano in tutto lo spessore. Parimente bisogna escludere la polinevrite per la quale manca la sintomatologia. La sede periferica estravescicale includerebbe il fatto poco comune dell'interessamento di tutti i gruppi nervosi spinali e simpatici che vanno alla vescica ed in tal caso dovrebbe compartecipare alla paralisi anche lo sfintere striato.

L'esclusione ci induce ad ammettere l'ipotesi che la sede debba essere terminale, intravescicale, dell'apparato neuro-muscolare del detrusore.

Ragioni speciali di cui dirò in seguito fanno credere che il detrusore precedentemente alla polmonite non era in condizioni di perfetta sanità e quindi come punto *minoris resistentiae* sarebbe stato più sensibile all'azione delle tossine infettive. La paresi intestinale concomitante poi dimostra che questa azione tossica si è manifestata nel caso particolare con speciale predilezione sulle fibre muscolari liscie.

Concludendo, sembrerebbe ammissibile la diagnosi di cistoplegia post-infettiva. Ma non mi sembra di poter spiegare la ritenzione completa determinatasi in modo brusco, ricorrendo alla sola causa tossino-infettiva.

Le cistoplegie post-infettive, cosidette mediche, sono di breve durata, pochi giorni, e si mostrano sensibili alla comune terapia medica.

Condizioni preesistenti di debilitamento del muscolo detrusore e mutamenti sopravvenuti per effetto del fenomeno ritenzione, che hanno rotto, per così dire, l'equilibrio funzionale poco stabile della vescica ci spiegano la lunga durata della paralisi e la sua resistenza a qualsiasi trattamento terapeutico. L'ammalato nega precedenti urinari, ma ciò non esclude che possano essere esistiti. Tenuto conto delle condizioni intellettuali e sociali del paziente non è difficile che certi lievi disturbi della minzione facilmente percepiti dalle persone intelligenti e colte siano sfuggiti alla sua osservazione. Ci sono individui affetti da ritenzione cronica incompleta che urinano frequentemente ma in modo incompleto e tuttavia, se interrogati, affermano con una certa soddisfazione di urinare spesso e con facilità. (Guyon).

A parte queste considerazioni, basandoci sui fatti obbiettivi rileviamo:

a) irregolarità del contorno del collo vescicale sotto forma di lieve sporgenza;

b) vescica a colonna.

Non esiste una vera ipertrofia prostatica, ma però l'irregolarità riscontrata rappresenta un fattore meccanico che non può non essere tenuto in qualche conto.

La vescica a colonna poi è l'espressione di uno sforzo compensatore della sua muscolatura allorchè il detrusore non riesce ad espellere con facilità e completamente il contenuto vescicale.

Nel nostro caso non si sono avuti evidenti fenomeni prostatici iniziali, il che non sembra strano quando si pensa che non tutti i prostatici sono colpiti durante la loro vita da

disturbi urinari (Socin), e d'altro canto esistono numerosi casi di ritenzione per prostatismo, ma senza ipertrofia prostatica (Federici).

Genouville, Socin, Pateau ed altri ancora ammettono che nell'iscuria senile l'ingrandimento prostatico non costituisce il momento eziologico principale della ritenzione. Allorquando si sviluppa la sintomatologia propria dell'ipertrofia prostatica già esiste uno stato anormale del detrusore, che da per sè sotto determinate influenze è capace di produrre la ritenzione.

In base a queste vedute merita maggiore considerazione nel nostro ammalato un fattore importante, l'età avanzata. Sono noti i fatti di sclerosi, di assottigliamento delle pareti vescicali come processi involutivi senili (Asch, Fabbri, Albarran) nonchè la diminuzione dello stimolo a mingere e dell'elasticità e tonicità delle fibre del detrusore.

Queste ultime proprietà costituiscono le più grandi risorse fisiologiche di quest'organo. Ciò possiamo invocare riguardo al caso presente. La vulnerabilità del detrusore spiega la facilità che ha incontrato una causa transitoria, occasionale ad arrestarne completamente la funzione

A queste condizioni di impoverimento organico della vescica si sovrappongono le conseguenze della ritenzione:

a) enorme distensione della vescica con dilatazione anormale della sua cavità ed assottigliamento delle pareti;

b) esagerazione del bassofondo;

c) cistite.

In queste condizioni si presentò all'osservazione clinica il nostro paziente ed avanti abbiamo ricordato come si arrivò ad estrarre quasi un litro d'urina ritenuta. Già esiste nella età avanzata un aumento del bassofondo vescicale dovuto, secondo Testut, all'accrescimento in altezza della cresta interureterica, all'aumento del diametro trasversale della vescica per cui rimanendo fisso il trigono la parete vescicale posteriore si accascia molto di più all'indietro nell'escavazione pelvica. Se si aggiunge la distensione del fondo vescicale per ritenzione d'urina il bassofondo si accresce esageratamente. Inoltre aumenta il dislivello tra l'orificio uretrale interno e la parte più bassa della vescica. Se poi coesistono irregolarità del collo della vescica, l'uretra prostatica può subire modificazioni di calibro, curva e direzione.

L'insieme di questi fattori preesistenti e conseguenti, di cui la causa tossino-infettiva rappresenta l'elemento occasionale, ci dà ragione della gravità e della lunga durata della ritenzione osservata nel nostro caso. Il quale, se presenta un qualche interesse per la parte clinica, un interesse ben maggiore mi sembra che offra dal lato terapeutico. L'intervento operativo trova la sua indicazione per la cistite, che, sebbene attenuata, assume tuttavia il carattere di cronicità e per l'intolleranza del catetere a permanenza. È noto che la ritenzione, a lungo andare, come ha dimostrato Guyon, finisce per compromettere le vie urinarie superiori e lo stato generale degl'infermi, ragione per cui, quando occorre, bisogna intervenire in tempo. In quanto alla rigenerazione della funzione vescicale del nostro paziente, sembra che la cistopessia rappresenti il momento più importante, il fine ultimo dell'intervento.

Il metodo avanti descritto differisce moltissimo da quello consigliato dagli autori. Difatti con lo scollamento del cul di sacco peritoneale otteniamo una maggiore superficie vescicale da affrontare, un'adesione più solida ed estesa alla parete addominale non solo, ma anche la parete vescicale posteriore viene tirata in alto, ravvicinandosi maggiormente all'anteriore. La bontà della sutura avanti descritta, che è una doppia Lembert, permette l'affondamento della ferita vescicale già suturata, un addensamento delle fibre del detrusore ed un rimpiccolimento della cavità vescicale.

Riferendomi ai precedenti studi per l'interpretazione dei risultati anatomici della cistopessia nel nostro ammalato, li riassumo principalmente nei seguenti:

1° sospensione alta della vescica;

2° aderenza ampia e forte alla parete addominale;

3° ammassamento delle fibre del detrusore nel punto di sutura;

4° ravvicinamento della parete vescicale posteriore all'anteriore;

5° antiversione della vescica;

6° abolizione del bassofondo;

7° slargamento del meato uretrale interno;

8° correzione del dislivello tra fondo vescicale ed orificio uretrale interno, per cui

quest'ultimo viene a giacere nel punto più declive della vescica.

La scomparsa del bassofondo evita la stagnazione di urina, la quale sedimenta e provoca fatti irritativi, infiammatorî della mucosa e distensione del fondo vescicale a spese della parete posteriore.

Il cammino dell'urina è facilitato dalla mutata linea direttiva, essendo l'orificio uretrale interno nel punto più basso della vescica e l'apertura di esso più beante.

Col cambiamento di topografia e di statica della vescica, secondo il mio modo di vedere, si consegue un risultato funzionale spiegabile mediante meccanismi fisiologici conosciuti. Due grandi fattori entrano in azione:

1° la contrazione dei muscoli retti;

2° la pressione intraddominale.

Sappiamo che nell'inspirazione, per l'abbassamento del diaframma, si fa sentire la pressione endoaddominale, che preme in basso le masse viscerali, spingendole verso il bacino. Durante l'atto del premito, che avviene a glottide chiusa, succede invece un maggiore aumento di pressione intraddominale, perchè da una parte si abbassa il diaframma e dall'altra i retti contratti si retraggono. Ora, essendo che la vescica non giace più distesa ed accasciata largamente sul piano perineale ma sollevata, antiversa, con la parete anteriore formante corpo unico con i retti e la posteriore tirata in alto, nell'atto del premito viene a trovarsi tra due forze convergenti verso di essa, i retti contratti che offrono un piano di resistenza, la pressione intraddominale che spinge la parete vescicale posteriore contro l'anteriore. Non altrimenti che con questa azione fisiologica combinata si potrebbe spiegare l'effetto funzionale della cistopessia nel nostro caso. Sta di fatto che avanti l'operazione l'ammalato non riusciva ad emettere neppure una goccia di urina anche con i più violenti premiti. Dopo otto giorni dall'operazione urinava volontariamente aiutandosi con premiti, non lasciando in vescica che un insignificante residuo. Questo risultato finale immediato non può escludere però che in un tempo più o meno lontano dall'operazione possa ritornare il potere contrattile del detrusore. La contrazione dei fasci muscolari disgiunti delle vesciche a colonna dei ritenzionisti è quasi nulla finchè permane la distensione (Guyon). La loro potenza aumenta col cessare della distensione e con l'addensamento delle fibre muscolari.

La vescica poi è ricchissima di fibre elastiche, e, mentre avviene una distruzione di esse per fatti regressivi, come ha studiato Razzaboni, si verifica per compenso una neoformazione abbondante di giovani fibrille.

Geffrier ha notato che il detrusore normale è capace di contrarsi anche isolandone tutte le comunicazioni nervose, in virtù della ricchezza di fibre elastiche e di spessi strati muscolari che gli conferiscono una valida difesa autonoma.

Essendo rimesse le conseguenze anatomiche avanti dette, deve anche migliorare la circolazione locale. Il detrusore non riprende facilmente la sua funzione allorchè è leso profondamente nella sua intima struttura, come suole verificarsi nell'ipertrofia prostatica che ha superato il secondo stadio. Ora noi abbiamo ragione di credere che nel caso presente non potevano esistere lesioni profonde degenerative delle fibre del detrusore, perchè dalla storia e dall'esame dei fatti non risulta un passato urinario grave. Per queste considerazioni possiamo ammettere che la cistopessia applicata in tempo opportuno potrebbe anche mettere il detrusore nelle condizioni più favorevoli per il suo risveglio funzionale. Il ritorno dello stimolo a mingere e della sensibilità vescicale dopo l'atto operativo fa presumere che la causa determinante la paralisi fosse già esaurita.

***

Vivissimi ringraziamenti al chiarissimo professore Burci per avermi dato l'occasione di studiare un caso importante ed al prof. Taddei per i preziosi consigli di cui mi è stato prodigo.

BIBLIOGRAFIA.

RASUMOWKY. Cit. da CORDERO e AMADONI. *Ricerche sperimentali e cliniche sulla sutura della vescica.*

ALBARRAN. *Médecine Opératoire des voies urinaires. Traité.* Paris, 1909.

SOCIN. La Semaine Médicale, 1897, p. 156.

GOLDMANN. *Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.* Beiträge zur Klin. Chir., p. 156, 1901.

GUYON e COURTADE. *Sur la contracture du muscle vésical.* Comptes-Rendus de la Societé de Biologie, p. 828, 1901.

GENOUVILLE e PATEAU. Semaine Médicale, p. 283, 1897.

DELAGÉNIÈRE. *Prostatopexie subpérineale.* Archives provinc. de chirurg., Paris, p. 325, 1902.

JABOULAY. Lyon Médical, 6 juillet 1902, p. 5.

ANDRY. Gaz. hebdom. de méd. et de chir., Paris, p. 709, 1902.

PERASSI. *Cistomioplastica sperimentale. Possibili applicazioni nell'insufficienza e distensione della vescica, ecc.* Giornale Medico del R. Esercito, Roma, 1897.

PONCET. Cit. da PERASSI e GOLDMANN.

KALISCHER. *Die urogenitalmusculatur des Dammes mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasenverschlüsses.* Berlin, 1900, S. Karger.

KRYSKI. Cit. da IRCZEBICHY nel Centralblatt für Chirurgie, p. 228, 1897.

GUYON e ALBARRAN. Annal. de Malad. des Org. génito-urinaires, n. 11, 1909.

FEDERICI. *Considarazioni sul prostatismo, ecc.* Gazzetta degli Osped. e delle Cliniche, 1910.

ASCH. *Die Erkrankungen der Harnblasenmusculatur.* Münchener Mediz. Wochenschrift, 1909.

GENOUVILLE. *La contractilité du muscle vésical, ecc.* Ann. des Malad. des Org. génito-urinaires, 1894.

BOCCI. *Studi critici e sperimentali, ecc.* P. 2ª « *la vescica urinaria come organo espulsivo; la fibra muscolare liscia* ». Atti della R. Accad. dei Fisiocritici, Siena, 1909.

TESTUT. *Trattato di anatomia umana.* Vol. III. P. 2ª, 1896, Torino, Unione Tip. Ed.

RAZZABONI. *Sul comportamento delle fibre elastiche nella vescica, ecc.* Policlinico. Sez. Chir., p. 477, 1909.

GEFFRIER. *Etude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux.* La Semaine Médicale, 1905.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

La sierodiagnosi delle affezioni da stafilococchi.

(G. WOLSOHN. *Berl. Klin. Woch.*)

Al medico pratico sembra inverosimile che si parli già di una sierodiagnosi delle infezioni di stafilococchi. Gli studi odierni hanno dimostrato nelle affezioni di natura stafilococcica sostanze specifiche che si possono utilizzare a scopo diagnostico, per quanto *a priori* sembrerebbe inverosimile che focolai circoscritti e chiusi quali i foruncoli determinassero modificazioni evidenti del siero sanguigno.

L'importanza di una possibilità della diagnosi della natura dei processi suppurativi è evidente. Le osservazioni del Wright, Neisser, Bruck ed altri hanno dimostrato che quanto è più cronica e grave l'infezione stafilococcica tanto maggiore è la possibilità di trovare nel siero sanguigno sostanze specifiche.

La prova dell'*agglutinazione* è quella che ha interessato di più gli autori: si è cercato così di distinguere cocchi saprofitici dai patogeni. La massima parte degli autori che se ne sono occupati hanno dimostrato che è possibile una tale differenziazione quando il siero ha un potere immunizzante molto forte: le divergenze degli autori si spiegano col diverso potere agglutinante dei sieri.

Un potere agglutinante poco evidente ha nella pratica poco valore perchè data la diffusione e la frequenza delle infezioni stafilococciche il siero di ogni individuo presenta un certo potere agglutinante. Il Coenen ha dimostrato che i sieri normali determinano l'agglutinazione al massimo in una diluizione di 1:80; anche l'A. concorda in linea generale con questi dati, però in qualche caso ha riscontrato un potere agglutinante anche nelle diluizioni di 1:150 in individui apparentemente normali, quindi nella pratica consiglia a dare valore alle sole agglutinazioni che si verificano nelle diluizioni del siero superiore ad 1:200. In casi di affezioni stafilococciche egli ha trovato agglutinazioni anche nelle diluizioni di 1:2000: ciò si verifica specialmente nelle convalescenze di gravi infezioni stafilococciche; nelle forme lievi le reazioni sono spesso negative.

In qualche caso manca l'agglutinazione anche con sieri d'individui colpiti di gravi infezioni stafilococciche: una spiegazione da questi casi si può dare ammettendo variazioni nel potere immunizzante del siero: d'altra parte non bisogna dimenticare che il potere dei diversi cocchi ad agglutinarsi varia a seconda dei diversi stipiti.

Dalle esperienze dell'A. risulta quindi che il potere agglutinante ha valore solo quando è molto spiccato.

La *deviazione del complemento* è stata finora osservata poche volte nelle infezioni da stafilococco. Ballner e Reibmayer non poterono dimostrare con sicurezza tale reazione.

La sua importanza è stata messa in rilievo specialmente dall'Altmann e Blüthdorn, che adoperano per antigene gli estratti ottenuti per mezzo dell'antiformina, i sieri immunizzanti furono ricavati dal coniglio: secondo i detti autori sarebbe possibile per mezzo della deviazione del complemento la distinzione tra cocchi saprofitici e piogeni. Così i sieri immunizzanti contro gli tafilococchi darebbero con questi germi una reazione positiva

anche ad una diluizione da 1:200 fino a 1:1000; coi cocchi saprofitici nella diluizione di 1:40 fino ad 1:200; coi sieri immunizzanti contro i cocchi saprofitici si verifica il fenomeno opposto.

Ricerche cliniche sui sieri umani non sono state ancora praticate: dall'esperienza dell'A. risulta che per quel che si riferisce ai cocchi piogeni le proprietà dell'antigene sono molto diverse ed è necessario adoperare diversi stipiti per valutare bene i risultati della reazione.

Più importante dal punto di vista pratico è il *potere emolizzante* degli stafilococchi patogeni. Lo studio fondamentale dell'argomento lo dobbiamo al Neisser e Wecksberg che notarono che solo gli stafilococchi patogeni che si sviluppano in un brodo con un grado di alcalinità determinato producono una emolisina ben dimostrabile *in vtiro*: per mezzo della filtrazione e coll'aggiunta di acido fenico si riesce a conservare questa stafilolisina che è termolabile. È quindi possibile che queste emolisine si formino pure nell'organismo e che con esse si producano anche antistafilolisine che impediscano il potere emolizzante.

Bruck, Michaelis e Schultze hanno il merito di avere dimostrato l'importanza pratica della reazione antistafilolisinica: dalle loro numerose esperienze risulta che il contenuto in antilisine dei sieri normali oscilla tra 0.25 a 5, e che invece nelle infezioni stafilococciche si hanno valori molto alti, fino a 100. Nei casi recenti i valori sono naturalmente più bassi che nelle forme croniche.

Le ricerche successive di altri autori hanno confermato questi dati ed hanno messo fuori dubbio che lo studio delle stafilolisine ha maggior valore diagnostico dell'agglutinazione e della deviazione del complemento, però il metodo presenta maggiori difficoltà tecniche, giacchè bisogna avere una cultura con un determinato grado di alcalinità, inoltre è necessario esaminare spesso il contenuto delle emolisine delle culture ed utilizzarle quando posseggono il massimo di poter emolitico, ciò che si verifica in media tra il 9° e il 13° giorno, infine bisogna filtrare la cultura.

Oppenheimer ha recentemente escogitato un metodo molto più rapido e semplice per dimostrare la lisina streptococcica; egli fa un'emulsione in soluzione fisiologica di una cultura in agar di 24 ore e poi lascia stare breve tempo alla temperatura della stanza e quindi centrifuga. Il liquido superiore si decanta - e vi si aggiunge acido fenico: esso presenta un forte potere emolitico.

Da tutto ciò che è stato finora detto risulta la necessità di praticare su larga scala la reazione antistafilolisinica, specialmente dai chirurgi che utilizzandone colla dovuta oculatezza i risultati possono ricavarne un prezioso aiuto diagnostico.

Naturalmente si devono considerare reazioni positive solo quelle in cui esistono alti poteri antiemolitici. Dal punto di vista teorico rimangono ancora insoluti numerosi problemi, così quello della durata di questo potere antiemolisinico dopo scomparsa l'infezione e delle oscillazioni di questo potere durante il processo in atto.

Resta ora a parlare dei processi battericidi: il potere battericida del siero di animali immunizzati non è molto più spiccato di quello di animali sani.

Per quel che si riferisce alle opsonine si può dire che le infezioni da stafilococchi hanno dato il maggior contributo allo studio di questo argomento. La determinazione dell'indice opsonico degl'individui colpiti da infezioni stafilococciche ha acquistato un grande valore diagnostico. Naturalmente il metodo presenta difficoltà tecniche non indifferenti ed esistono numerose cause di errore che sebbene nella massima parte dei casi si possano evitare, pure costituiscono un grave ostacolo alla sua diffusione.

Concludendo, la sierodiagnosi delle iniezioni da stafilococchi non è pel clinico di grande valore; però se col suo mezzo possiamo diagnosticare una osteomielite, una setticemia, una perinefrite, ecc., o almeno a confermarne la diagnosi merita una diffusione maggiore di quella avuta finora.

P. A.

La istologia del reumatismo sperimentale.

(COOMBS, MILLER e KETTLE. *The Lancet*, 1912, n. XVIII).

Per decidere la quistione della specificità o meno del diplostreptococco che Poynton e Paine isolarono da individui affetti da infezione reumatica, gli autori hanno voluto studiare le eventuali analogie tra le lesioni anatomo-patologiche constatate nel reumatismo dell'uomo e quelle prodotte sperimentalmente negli animali iniettati con culture del microrganismo, che Poynton e Paine ritengono essere l'agente patogeno del reumatismo nell'uomo.

Questo diplococco iniettato dagli autori, che prima lo isolarono, nei conigli produsse insieme ad altre lesioni delle artriti e delle carditi; Vernon Shaw ottenne gli stessi risultati sperimentando sulle scimmie.

Ma la specificità del microrganismo in quistione non fu da tutti gli autori accettata, perchè non si riuscì a constatarlo in tutti i casi di infezione reumatica, da parecchi dei quali fu isolato un bacillo.

D'altra parte lo streptococco isolato da Poynton e Paine non avrebbe nessun carattere peculiare che lo distingua dai comuni streptococchi, i quali per altro inoculati negli animali si sarebbero mostrati capaci di provocare lesioni articolari grossolanamente simili a quelle constatate nell'uomo.

Per risolvere in un senso o nell'altro la quistione gli autori hanno studiato microscopicamente le lesioni del reumatismo sperimentali confrontandole con le lesioni del reumatismo umano, le quali come è noto hanno delle peculiari e ben definite caratteristiche.

E così gli autori hanno potuto osservare che le lesioni introdotte nei conigli dalla inoculazione di differenti ceppi di streptococchi isolati da individui affetti da infezione reumatica furono sostanzialmente identiche e costanti.

Esse furono identiche anche nei vari organi e tessuti colpiti: nel miocardio, nell'endocardio, nel pericardio, nella membrana sinoviale delle articolazioni, nel rene e talora anche nel polmone.

Le lesioni sono di origine endovascolare e di tipo iperplastico: ingrossamento, proliferazione e desquamazione delle cellule endoteliali specialmente dei più piccoli vasi, nei quali si stabilisce frequentemente la trombosi, e successivamente marcata reazione fibroblastica del tessuto connettivo.

Si stabilisce inoltre una marcata leucocitosi polimorfonucleare diffusa e più accentuata ancora intorno ai vasi ostruiti da masse di cocchi.

Come fase della metamorfosi endoteliale si notano i noduli submiliari caratteristici della infezione reumatica: essi sono frequenti tanto nel muscolo quanto nelle valvole del cuore, nelle sinovie delle articolazioni, nel rene e nei polmoni.

La importanza della indentità delle reazioni istologiche nei varî tessuti ed organi attaccati acquista maggior valore in rapporto alla specificità del microrganismo inoculato quando si consideri che le lesioni istologiche provocate sperimentalmente negli animali sono per la loro essenza, se non per la loro intensità, perfettamente simili a quelle che si constatano nei corrispondenti tessuti dell'uomo affetto da infezione reumatica.

I conigli, inoltre, sottoposti alle iniezioni di streptococchi isolati da malati di reumatismo offrirono una sintomatologia clinica simile nei principali caratteri a quella della infezione reumatica umana.

Gli autori per tutti questi fatti ritengono che il diplostreptococco isolato del Poynton e Paine sia l'agente patogeno specifico della infezione reumatica.

DRAGOTTI.

NEUROPATOLOGIA.

Paraplegia spastica in flessione con esagerazione dei riflessi di difesa.

Il capitolo delle paraplegie spinali si è accresciuto in questi ultimi tempi per la descrizione di una nuova sindrome clinica, i cui singoli elementi se erano da tempo conosciuti, restavano sinora di difficile interpretazione. Fu Babinski il primo a battezzare questa forma con la denominazione di « paraplégie spasmodique organique avec contracture en flexion et contractions musculaires involontaires » (gennaio 1911). Seguirono le osservazioni di Claude, Souques, Etienne et Gelma, Sicard, Noica, e quelle recentissime di Klippel e Monier-Vinard.

Esponiamo brevemente i caratteri di questa sindrome di alto interesse scientifico e pratico, basandoci sopra le letteratura esistente, e in specie sulla memoria dei due ultimi autori citati.

Vediamo anzitutto che cosa si intenda per riflessi di difesa. Quando con una punta smussa qualsiasi passiamo sopra il quadrante inferiore dell'addome, otteniamo un riflesso allo stimolo cutaneo consistente nella contrazione muscolare semplice, la quale non oltrepassa mai i limiti del nervo, nel territorio del quale fu portato lo stimolo.

Nel riflesso di difesa, invece, alla stimolo cutaneo si ha una reazione caratterizzata dalla contrazione complessa e coordinata di più muscoli, all'infuori del territorio del nervo eccitato. Ad esempio: allo stimolo di una punta strisciata sulla superficie plantare, si ha flessione del piede sulla gamba, della gamba sulla coscia, e di questa sul bacino (gradi maggiori o minori), non solo dell'arto stimolato, ma anche dell'altro.

Non staremo qui a discutere se la denominazione data da van Gehucten di riflessi di difesa sia esatta, e ci limiteremo a dire che mentre i riflessi cutanei sono a lungo decorso in quanto hanno un cammino cortico-midollare, quelli di difesa restano strettamente midollari; sono in fondo omologhi ai riflessi che si osservano nella ranocchia decapitata (esperienza di von der Goltz) o

a quelli dei cani nei quali fu sezionato il midollo sotto il bulbo (esperienza di Sherringhton).

Nella paraplegia che stiamo per illustrare, ciò che forma l'elemento caratteristico è l'esagerazione dei riflessi di difesa, donde la speciale forma di contrattura e i movimenti involontari.

Nel descrivere la sindrome prenderemo per tipo il caso più frequente di una compressione progressiva del midollo al livello della parte media del suo segmento dorsale.

I sintomi che dovremo descrivere vanno divisi in elementi caratteristici della sindrome, ed elementi che diremo secondari in quanto ad essa non appartengono in modo esclusivo.

La malattia si inizia in modo lento ed insidioso, come la maggior parte delle paralisi sp,-nali, con disturbi della motilità volontaria: dapprima una claudicazione intermittente, poi per gradi si giunge fino alla impossibilità assoluta di qualunque movimento.

Ciò che caratterizza poi la malattia è — come dicemmo — l'esagerazione dei riflessi di difesa, e la contrattura caratteristica che ne deriva. Nei casi più gravi il paziente giace in letto con le coscie applicate sull'addome, il tallone a contatto con l'ischio, il piede flesso sulla gamba. Di questa contrattura — che è la più grave — si possono avere tutti i gradi minori. Essa scompare quando il malato è in calma perfetta, o nel sonno, ma basta il minimo stimolo cutaneo — ad esempio il contatto delle lenzuola — perchè subito il paziente riacquisti la posizione di difesa.

In queste condizioni se lo sperimentatore cerca di portare gli arti alla loro posizione normale, incontra una fortissima resistenza.

Per ottenere il riflesso di difesa ha importanza la sede nella quale si fa agire lo stimolo provocatore. In linea generale si può dire che si ottiene il massimo effetto quando si ecciti la parte distale dell'arto, diminuisce verso la prossimale fino ad un punto nel quale nulla si ottiene; questo punto — come meglio vedremo in seguito — corrisponde al limite inferiore della lesione midollare.

Insieme a questi fenomeni — che sono caratteristici dell'affezione — si trovano sintomi comuni ad altre paraplegie mielopatiche. I riflessi cutanei (cremasterici, addominali) spariscono più o meno rapidamente. I rotulei e gli achillei possono essere esagerati o indeboliti, generalmente ad una prima fase di esagerazione succede la diminuzione, fino alla scomparsa. Questa peraltro non è frequente. Spesso è una falsa scomparsa dovuta alla contrattura. L'esagerazione del riflesso di difesa a poco a poco viene coperta da una contrattura spastica volgare, tanto che difficile vedendo uno di questi malati di vecchia data, distinguerli da una comune paraplegia spastica.

Nel principio della malattia si possono riscontrare disturbi della sensibilità subiettiva. I malati avvertono senso di costrizione al torace, parestesie varie lungo gli arti inferiori. Però nel progredire del male, questi disturbi subiettivi scompaiono.

Più salienti sono invece i disturbi della sensibilità obbiettiva: è alterata tanto quella superficiale che la profonda, dalla iperestesia fino all'anestesia completa. Il limite superiore dell'anestesia corrisponde al limite superiore della lesione spinale.

Nelle paraplegie di vecchia data si riscontrano rilevanti alterazioni vasomotorie e termiche. Le reazioni vasomotrici sono generalmente lente e scompaiono con difficoltà; la temperatura negli arti inferiori è abbassata notevolmente rispetto alle altre parti del corpo.

A seconda della sede della lesione midollare si hanno pure disturbi della vescica.

I malati di simile parestesia generalmente non vivono molto, ma presto soccombono a infezioni derivanti dai decubiti, o da lesioni vescicali.

Al tavolo operatorio o all'autopsia, si è veduto che nella paraplegia spastica con esagerazione dei riflessi di difesa, si tratta di processi di compressione dovuti ora a tumori (fibromi della dura madre, sarcomi, angiosarcomi delle meningi), ora a Pott, ora ad ascessi ossifluenti, immigrati nel canale rachidiano, ora a pachimeningite tubercolare a contatto del focolaio osseo. In alcuni casi la natura della lesione era differente: fu veduto infatti presentarsi la sindrome descritta nel corso di una siringomielia (Souques), di una sclerosi a piastre (Etienne e Gelma), di un Friedreich (Babinski, Vincent e Jarkowski). In questi ultimi casi, però, la sindrome paraplegica non venne che come seguito a un quadro clinico già esistenti: non aveva quindi importanza principale, e non era del tutto caratteristica.

Quanto alle lesioni che si trovano nel midollo esse sono scarsissime, non presentano quasi mai il carattere della degenerazione, limitandosi solo all'edema, all'aplasia, allo spappolamento della sostanza bianca.

La diagnosi di questa forma non è difficile perchè ha caratteri proprî tali, da non poter essere confusa con le altre paraplegie mielopatiche.

Più complessa è la diagnosi di sede e di natura della compressione: questi due concetti diagnostici sono intimamente legati fra loro. La esperienza clinica mostra infatti che le lesioni intradurali sono poco estese — occupano una-due radici — e sono dovute generalmente a tumore. Le lesioni estradurali sono invece più estese — occupano due, tre, più radici — e più frequentemente sono dovute al Pott.

Da ciò deriva l'importanza di stabilire il limite superiore e inferiore della compressione. Quello superiore corrisponde al limite superiore dell'anestesia, riportata alle radici, dalle quali dipende il territorio anestesico.

Per il limite inferiore oggi si ammette che il limite superiore al territorio nel quale una eccitazione è suscettibile di provocare la comparsa dei riflessi di difesa indica — riportandosi agli schemi della distribuzione radicolare — il limite inferiore del focolaio di compressione. La delimitazione di questi territori ha naturalmente bisogno di esami fini e ripetuti.

La cura di queste paraplegie è — come si comprende — di spettanza chirurgica.

F. SABATUCCI.

CHIRURGIA.

L'avvenire dei gastro-enterostomizzati.

(P. DELBET. *Paris Médical*).

Le indicazioni degli atti operativi che hanno uno scopo puramente funzionale sono stabilite dai loro risultati lontani. Così è per la gastro-enterostomia: per essa si ottiene lo scopo meccanico di vuotare nell'intestino il contenuto dello stomaco; e a questo modo forse si riesce a modificare la secrezione gastrica, a riattivare le pareti muscolari dello stomaco, e a rendere possibile o facile la riparazione di alcune alterazioni.

I risultati lontani della gastro-enterostomia vanno studiati da questi diversi punti di vista, e a seconda delle diverse malattie per le quali essa è praticata: epitelioma, stenosi non cancerigna del piloro, ulcera dello stomaco del piloro del duodeno, stomaco a clessidra, stenosi ipertrofica congenita del piloro.

Nella stenosi ipertrofica congenita del piloro la gastro-enterostomia dà risultati lontani eccellenti.

Nello stomaco a clessidra, l'operatore è per lo più costretto a ricorrere ad atti operativi combinati.

L'epitilioma e l'ulcera presentano la più grande importanza pratica.

Quando il cancro dello stomaco è situato lontano dal piloro e non esiste ritenzione gastrica, la gastro-enterostomia non può avere risultati ben decisi: bisognerà allora astenersi, o praticare la gastrectomia.

Nell'epitilioma del piloro, i risultati lontani della gastro-enterostomia sono molto vari.

Secondo l'A. il miglior metodo operativo è quello della gastro-enterostomia posteriore, transmesocolica, con ansa corta, con apertura quasi verticale o fortemente obliqua, con sutura dell'orlo della breccia mesocolica all'intestino.

Dopo l'operazione, anche quando l'anastomosi funzioni perfettamente in modo che, ripresa l'alimentazione, lo stomaco si vuoti, alcuni infermi non si rimettono, ma continuano a consumarsi e soccombono pochi mesi dopo l'intervento.

Altri invece si ristabiliscono e si ingrassano rapidamente, e lo stato di perfetta salute può durare degli anni.

La causa di questa profonda differenza di risultati consiste nel fatto che gli infermi ricorrono all'opera del chirurgo in uno stato deplorevole di dimagramento e disidratazione, dovuto a fattori molteplici, sopratutto alla cachessia cancerosa ed all'inanizione, e poi alle piccole e ripetute emorragie e alle fermentazioni abnormi del contenuto gastrico ritenuto.

Quando lo stato grave del paziente è dovuto principalmente alla cachessia, ossia ad intossicazione cronica pei prodotti tossici di secrezione delle cellule cancerose, la gastro-enterostomia serve ad evitare la morte per fame, ma i suoi risultati sono di breve durata.

Se invece l'inanizione è la causa principale dello stato di deperimento inoltrato, la gastro-enterostomia può dare risultati straordinariamente lodevoli.

L'importanza delle fermentazioni abnormi è meno sicura: normalmente la parete gastrica non ha poteri assorbenti; in caso di ritenzione, essa probabilmente può riassorbire i prodotti tossici della fermentazione.

Le emorragie ripetute possono portare ad uno stato di grave anemia. È verosimile che dopo la gastro-enterostomia, per effetto del vuotamento completo dello stomaco, le emorragie cessino o diminuiscano: l'esame del contenuto gastrico prima e dopo l'intervento ci informa in proposito.

Tenendo conto dei due fattori principali del deperimento dell'infermo, la cachessia e l'inanizione, si può prima dell'operazione fondare un giudizio pronostico esatto?

L'esame del sangue (caratteri dei globuli rossi e bianchi, indice emolitico, indice antitriptico) può dare dei criteri presuntivi, ma ancora di valore poco ben definito.

Il deperimento dell'infermo, che ha grande importanza per la prognosi immediata, non ne ha alcuna per il pronostico lontano. Così pure il volume del tumore non ha un gran valore prognostico; tumori poco voluminosi possono dare cachessia precoce e rapida, altri di grandezza maggiore pare quasi influiscano sullo stato generale. Le secrezioni degli uni sono altamente tossiche; quelle degli altri sono quasi inoffensive.

I malati di cancro dello stomaco possono giovarsi moltissimo di una gastro-enterostomia, anche se sono ridotti in uno stato di deperimento avanzato, anche se essi abbiano un tumore voluminoso.

Il problema è più complesso per l'ulcera: per essa bisogna assolutamente distinguere il risultato meccanico dal risultato chimico dell'intervento.

Lo stomaco anastomizzato non si comporta, come una volta si è creduto, come un vaso senza fondo, perchè la rimescolatura dello stomaco tende sempre a chiudere l'orifizio artificiale.

Più volte è stato sperimentalmente dimostrato nel cane che, dopo la gastro-enterostomia, tutti gli alimenti continuano a passare per il piloro e mai per il passaggio artificiale. Se invece si sacrifica il cane, si toglie lo stomaco con l'intestino, e si riempie lo stomaco di liquido, si vede che questo passa, in gran parte od in totalità, attraverso la breccia dell'anastomosi. Ciò perchè l'orifizio dell'anastomosi, se rimane beante nel cadavere, è tenuto chiuso nel vivo dalla contrazione degli strati muscolari dello stomaco.

L'esame radioscopico ha dimostrato che lo stesso si verifica nell'uomo. Se il piloro non è ristretto nè contratto, gli alimenti continuano a passare per esso.

È evidente dunque che, se esiste un ostacolo nella via del piloro, gli alimenti ritrovano la via dell'anastomosi.

E neppure allora lo stomaco si comporta come un vaso senza fondo, perchè si può dimostrare alla radioscopia che il passaggio degli alimenti attraverso l'anastomosi si compie come attraverso il piloro, per gettate ritmiche, non in maniera continua, in modo che il vuotamento dello stomaco non si effettua con maggiore rapidità dopo la gastro-enterostomia.

Ne risulta che la gastro-enterostomia non modifica le condizioni meccaniche dello stomaco se il piloro è pervio; essa non lo mette in condizioni di riposo, come sembrava di poter sperare.

E perciò non si debbono ottenere risultati apprezzabili negli infermi in cui il piloro non sia stenotico nè contratto, cioè quando l'ulcera sia lontana dal piloro.

Le ulceri della prima porzione del tubo digestivo debbono distinguersi in:

2° ulceri gastriche propriamente dette che hanno sede lontana dal piloro;

3° ulceri piloriche o iuxta-piloriche (sia sul versante duodenale, sia sul versante gastrico del piloro), che corrispondono alle ulceri che gli anglo-americani, erroneamente secondo l'A., chiamano duodenali;

3° ulceri del duodeno, che son lontane dal piloro e però non dànno la sindrome pilorica, con dolore tardivo 3 o 4 ore dopo i pasti, ecc.

Le ulceri iuxta-piloriche determinano da principio la contrattura del piloro, e dopo la stenosi. In esse la gastro-enterostomia è innegabilmente efficace.

Per le ulceri gastriche o duodenali, che non dànno stenosi pilorica, la gastro-enterostomia non può influire utilmente sulla meccanica dello stomaco, sia perchè non mette lo stomaco in condizioni di riposo, sia perchè non impedisce il passaggio degli alimenti per il piloro.

Quale è l'azione della gastro-enterostomia sul chimismo gastrico?

È provato che nella maggior parte dei casi la secrezione gastrica diminuisce dopo l'operazione, ed il succo gastrico perde in parte la sua attività digestiva per effetto della penetrazione dei succhi intestinali nello stomaco.

La bile passa nel duodeno attraverso l'anastomosi gastro-intestinale, e in parte penetra nello stomaco.

Questo passaggio della bile è molto utile, in quanto diminuisce l'acidità del succo gastrico. Di qui il concetto dell'efficacia terapeutica della bile ingerita ad alte dosi nell'ulcera dello stomaco; di qui la proposta dell'A. di eseguire la colecisto-gastrostomia nei casi di ulcera gastrica senza ritenzione.

Il Moreau ha analizzato il succo gastrico di antichi gastro-enterostomizzati per ulcera, ed ha osservato che i risultati peggiori si sono avuti nei casi in cui i succhi intestinali non penetrano nello stomaco.

Nell'ulcera gastrica la gastro-enterostomia è utile per gli effetti chimici, ma l'effetto meccanico di essa è insignificante o nullo.

Nelle ulceri piloriche o iuxta-piloriche l'effetto chimico si aggiunge a quello meccanico.

Nelle ulceri duodenali la gastro-enterostomia, non avendo influenza nè sulla meccanica nè sulla chimica dello stomaco, ha risultati molto mediocri. In questi casi essa è insufficiente e si associa perciò alla esclusione del piloro.

All'esame radioscopico dei gastro-enterostomiz-

zati, si è osservato delle volte che gli alimenti, che da principio si vuotavano per la breccia anastomica, riprendevano a poco a poco la via del piloro, e l'orificio artificiale diveniva inutile. La gastro-enterostomia, migliorando lo stato dell'ulcera e lo spasmo, restituisce al piloro la sua permeabilità agli alimenti.

Una temibile complicazione lontana dei gastroenterostomizzati è la comparsa dell'ulcera digiuno-peptica sull'orificio anastomotico o nelle regioni vicine al digiuno. Ciò avviene negli operati per ulcera, cioè quando la secrezione gastrica è iperacida: l'iperacidità dello stomaco ha grande importanza nella genesi di questa forma d'ulcera. Così è logico pensare che ne favoriscono la comparsa i metodi di gastro-enterostomia che espongono un capo del digiuno alle secrezioni iperacide dello stomaco. Inoltre la statistica dimostra che le ulceri digiuno-peptiche sono più frequenti nella gastro-enterostomia anteriore; nella posteriore l'ulcera è molto rara, meno dell'1 per 100.

P. S.

TERAPIA.

La chemoterapia della tubercolosi.

L'uso di sostanze parassitotrope e non organotrope, capaci cioè di uccidere i parassiti o di impedirne lo sviluppo, e nello stesso tempo senza nuocere alle cellule dell'organismo, ha avuto il suggello migliore negli effetti ottenuti con l'uso del salvarsan: l'esempio di Erlich è stato seguito per altre malattie come il cancro (Wassermann), per le malattie provocate da bacteri, come per la tubercolosi. I resultati della chemoterapia in questi campi lungi dall'esser definitivi offrono però grande interesse e sono stimolo per l'avvenire.

Nello studio degli agenti medicamentosi gli AA. varî, seguendo l'esempio di Erlich, hanno sperimentato su un gruppo di corpi o sui varî composti d'un corpo stesso modificato secondo direttive speciali: combinazioni con elementi che agiscono da sensibilizzatori, da veicoli, ecc.

I primi saggi sperimentali contro la tubercolosi citati da Winiwarter (*Le Scalpel*, 9 marzo 913) sono quelli di Finkler e von Linden di Bonn i quali si servirono dei composti del bleu di metilene (cloridrato e iodoidrato) nella tubercolosi sperimentale provocata nelle cavie.

Mentre delle cavie normali presentano nel punto d'inoculazione d'una cultura di bacilli tubercolari, tipo umano, un ascesso che lascia una fistola inguaribile nel punto d'inoculazione, e dopo 15 a 18 mesi, muoiono, con segni di gravi localizzazioni tubercolari, con la cura del bleu di metilene l'ascesso non si forma, e se nel punto d'inoculazione si produce un induramento questo scompare a poco a poco senza lasciar traccia. Nella stessa maniera si risolve la metastasi nei gangli e negli organi. Gli animali, trattati col bleu, aumentano di peso in maniera regolare, e questo si mantiene stazionario, mentre gli animali controllo muoiono; inoltre non presentano a differenza dei controlli elevazioni termiche.

L'apparenza della guarigione clinica è raggiunta: però gli AA. hanno constatato che i noduli sclerosati ed apparentemente guariti contengono, al controllo della prova briologica, bacilli della tubercolosi attivi, i quali costituiscono una minaccia perpetua; infatti gli stessi animali, che sembravano guariti, si addimostrano assai sensibili e poco resistenti alle malattie intercorrenti, alle setticemie, alle malattie che spesso colpiscono questi animali custoditi nei laboratorî. Quando un'infezione comune si aggiunga all'infezione specifica, la cura del bleu di metilene fallisce completamente.

Gli AA., dopo tali resultati apparentemente buoni, in realtà scoraggianti, ove si pensi alla frequenza delle simbiosi bacteriche nella tubercolosi, hanno indirizzato le loro esperienze saggiando il potere chemotropo dei *sali di rame, cloruro di rame* 1 %.

Con iniezione di tale preparato la guarigione degli animali da esperimento mostra un andamento analogo a quella ottenuta col bleu di metilene; solo che la temperatura spesso si eleva alle prime iniezioni per abbassarsi poi definitivamente, e nel punto d'iniezione si produce una reazione dolorosa e talora una zona di necrosi; in compenso le metastasi sono meno estese e meno pronunziate, le inoculazioni con frammenti di organi e di tessuti sclerosati sono meno raramente positivi nella cavia il che dimostra una vera azione specifica sul bacillo della tubercolosi da parte del sale di rame.

Von Linden ha cercato, per evitare gli accidenti locali, di sostituire alle iniezioni le frizioni coi sali di rame. Il rame (cinnamato) incorporato nell'alcool canforato si assorbe facilmente, e l'azione curativa è assai spiccata.

Strauss e Meissen, in base a tali esperienze incoraggianti, tentarono di riportare il metodo curativo sull'uomo.

Strauss ha sperimentato contro il lupus con due specie di cure, una locale, una generale. La cura locale l'A. ha praticato con pomate esenti di grasso e che racchiudono composti organici (lecitina) di rame, con o senza aggiunta di bleu di metilene.

La cura generale l'A. ha praticato con iniezioni di sali organici (lecitina e rame) intramuscolari.

Nell'uomo l'uso di questi rimedî dà luogo a reazioni più o meno vive locali e generali a seconda che si tratti di forme eretistiche o torpide dell'infezione.

Ma le reazioni locali e generali, talora forti, non durano a lungo: le lesioni lupose si modificano profodamente, si cicatrizzano, le cicatrici sono elastiche e di buono aspetto: la deformità consecutiva specie nel lupus della faccia è in rapporto con l'estensione e con la gravità delle lesioni.

Meissen invece ha sperimentato nei casi di tisi polmonare dell'uomo; sebbene le sue cure non siano ancora nè abbastanza protratte nè numerose da permettere una seria conclusione, tuttavia l'A. afferma che i resultati sono incoraggianti.

Bruck e Glück (*Münch. med. Woch.*, gennaio 1913) con elementi diversi hanno lavorato allo stesso scopo.

Bruck ha usato lo iodoformio senza resultati decisivi, poi s'è rivolto al cianuro d'oro, ricordando le antiche esperienze di Koch e di Berhirg che attribuivano a tale sostanza insuperabile potere battericida; insieme con Glück tentò una vera terapia alla Erlich, facendo penetrare direttamente il rimedio nel sangue.

Il composto usato è il cianuro doppio d'oro e di potassio (Merk) nell'acqua distillata all'1 %. Uno fino a tre cmc. di tale sostanza si diluiscono in soluzione fisiologica (50-100 cmc.) scrupolosamente sterilizzata. Le dosi del rimedio nell'adulto vanno da 0·02 fino a 0,05, ogni due o tre giorni per 12 o 20 iniezioni. Nella maggior parte dei casi di lupus curati, sopravviene una reazione locale, simile a quella che produce la tubercolina, che raggiunge il suo massimo 24 o 48 ore dopo l'iniezione: alla 2ª-3ª iniezione si manifesta l'azione curativa, le lesioni impallidiscono, il colore rosso si muta in roseo quindi giallastro, le granulazioni si regolarizzano, le ulceri cicatrizzano, il processo di guarigione s'inizia al centro e progredisce verso la periferia verso la 2ª o la 3ª iniezione.

Gli stessi AA. hanno continuato il metodo della tubercolina colle iniezioni di cianuro doppio di oro e di potassio: quando la tubercolina ha dimostrato gli effetti congestizî, allora s'interviene col rimedio chemotropo, nella convinzione che sia facilitato l'apporto di esso fino ai punti malati: i resultati hanno confortato le speranze degli AA.

Anche nei casi di tisi polmonare gli autori vantano buoni resultati, eseguendo una cura di iniezioni endovenose sul tipo del metodo usato per il 606, ma essi non osano parlare di guarigione; per questo bisogna attendere e verificare l'evoluzione ulteriore dei malati trattati.

Gli AA. si sono decisi, con nobile disinteresse, a rendere di pubblica ragione metodi e sostanze adoperate, perchè lo sforzo assiduo collettivo da parte degli studiosi sia rivolto alla ricerca del metodo di cura sicuro contro il terribile flagello della tubercolosi.

PONTANO.

LEZIONI

La sporotricosi.

(LUCIEN DE BEURMANN. *Brit. Med. Journal*, agosto 1912).

La sporotricosi è una malattia recentemente scoperta, e studiata sopratutto dall'A. e dai suoi allievi. Fino a pochi anni fa essa era stata confusa con le varie forme della tubercolosi e della sifilide. Essa è un'affezione comune all'uomo e agli animali, ed è causata da funghi filamentosi e sporigeni appartenenti al genere *Sporotrichum*. A questo genere appartengono numerose varietà (*Spor. schenki*, *Sp. beurmanni*, *Sp. jeanselmei*, *dori*, ecc.), a cui corrispondono forme diverse di sporotricosi. La varietà più frequente di sporotricosi è quella causata dallo *Sporotrichum beurmanni*. Il primo caso fu descritto nel 1903 da Beurmann e Ramond, e da allora ne sono stati pubblicati più di 200 casi. La sporotricosi colpisce individui di ogni età, ed è stata osservata dovunque in Europa, in America, in India (da Castellani). In Italia ne hanno pubblicati casi Campana, Vignolo-Lutati, Curcio, Carruccio, ecc.

Oltre che nell'uomo è stata osservata nel cavallo, nei muli, nei ratti, nei cani.

Lo *Sporotrichum beurmanni* è costituito da filamenti sporigeni, ramificati a costituire un micelio. Le spore, finchè sono unite alle ife, appaiono piriformi, mentre, distaccate, si presentano ovali: sono di color gialliccio e trovansi verso

l'estremità dei filamenti in gruppi di forma cilindrica. Così appare lo *Sporotrichum* in natura e nelle colture. Nei tessuti invece e nel pus esso si presenta come un bacillo corto e grosso, basofilo, e di struttura finamente granulare; è circondato da una membranella delicata. Facendo delle colture di pus sporotricosico l'A. ha potuto osservare la trasformazione delle forme bacillari nelle forme filamentose e sporigene.

Lo *Sporotrichum beurmanni* è capace di produrre varie lesioni nei tessuti. La più frequente è data da una forma granulare, lo *sporotricoma*, nel quale si possono osservare zone concentriche di alterazioui diverse; al centro un ascesso contenente polinucleari e macrofagi, più all'infuori un'area di cellule epitelioidi in parte degenerate e di follicoli di apparenza tubercolare; più all'esterno ancora una infiltrazione connettivo-limfocellulare.

Lo sporotricoma somiglia quindi alle lesioni causate dalla sifilide e dalla tubercolosi o dalle suppurazioni croniche, ed ha una struttura analoga ad altri micomi (da emisporosi, blastomicosi, oidiomicosi, ecc.).

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

Queste due questioni sono state trattate principalmente nelle memorie di Beurmann e Gougerot (1906-07) e in altre apparse in questi ultimi anni. Lo *Sporotrichum beurmanni* s' incontra come saprofita in natura sopratutto sui vegetali.

Si coltiva facilmente da 12° a 40° e l'ottimo di sviluppo varia dai 20° ai 30°. Le spore possono sopravvivere anche a 0°, come a temperature superiori a 55°. Lo sporotrico è molto resistente agli agenti fisici, e, vivendo spesso sugli erbaggi, di cui si ciba l'uomo, questi ne può essere infettato, p. es., se i vegetali inquinati dal fungo vengono in contatto con una soluzione di continuo della pelle. L'infezione può anche aver luogo per mezzo del terreno o per le punture di vari insetti (mosca, vespa, ecc.). Essa è stata propagata anche da morsi di ratti sporotricotici, o da altri animali (cavalli, buoi) pure affetti da tale malattia. Pare che lo *Sporotrichum* possa, anche nei casi in cui la pelle è intatta, annidarsi nei follicoli piliferi e produrre una folliculite, acne e finalmente una linfangite. Esso può vivere come saprofita nel faringe ed essere così trasportato e inoculato dagli individui portatori ai sani. L'infezione si può anche verificare mangiando dei vegetali non cotti. La porta d'entrata è talora la pelle, talora una mucosa, e nel punto d'inoculazione di solito si riscontra la lesione iniziale (ascesso, ulcerazione serpiginosa o papillare, ecc.), ma altre volte questa manca. Tale doppia via d'ingresso è stata dimostrata sperimentalmente negli animali, per mezzo d'iniezioni sottocutanee e con la somministrazione di latte contenente il parassita.

L'organismo può essere invaso dallo *Sporotrichnm* per la via sanguigna o per quella dei linfatici. Più circoscritta in quest'ultimo caso, l'infezione si fa diffusa quando guadagna i vasi sanguigni, come è dimostrato dalla clinica e dallo esperimento. Widal e Weill furono i primi a coltivare lo sporotrico dal sangue dei malati.

Il parassita, per prosperare nell'uomo, ha bisogno di circostanze favorevoli, che si possono riassumere nella diminuzione dei poteri di difesa organici, quale sopratutto si verifica nei cachettici e nei tubercolosi.

SINTOMATOLOGIA.

La sporotricosi non è un'affezione esclusiva della pelle, giacchè può invadere il sottocutaneo, le mucose, i linfatici, le linfoghiandole, le ossa, in breve, tutti o quasi gli organi dell'economia. Da ciò la sua importanza non solo dermatologica. Le varietà più frequenti sono:

1° *Sporotricosi gommosa disseminata:* inizio insidioso; le gomme possono essere molto numerose e sono sparse qua e là, senza legge. Tutte le regioni possono essere colpite, ma lo sono più frequentemente il cuoio capelluto e le estremità degli arti. L'evoluzione è uguale per tutti i noduli gommosi che, prima duro-elastici, mobili, indolenti, tendono poi alla fluidificazione, alla formazione di un ascesso freddo, ma solo nella parte centrale della gomma. Il contenuto di questo ascesso dapprima trasparente e vischioso, assume gradualmente un aspetto purulento. I noduli sporotricosici crescono prima rapidamente fino a trasformarsi in ascessi; ma questi assumono un andamento cronico, nè tendono a ulcerarsi, nè recano grave nocumento alla salute. Ulcerazioni si producono talora in seguito ad incisioni di questi ascessi. Lasciata a sè, la malattia si fa cronica, le gomme si moltiplicano, possono insorgere delle adenopatie, ma raramente.

2° *Sporotricosi sottocutanea gommosa disseminata con ulcerazioni:* in questa seconda varietà i noduli gommosi, dopo essere passati per le fasi sopra descritte, ulcerano la pelle. L'ulcera ha di solito l'apparenza delle ulceri tubercolari. Talora più che di un'ulcera si tratta di una fistola la cui apertura è circondata da margini-violacei, irregolari, sottili o rigonfi; tal'altra l'ulcerazione è vasta, e il fondo è ricoperto di granulazioni molto facilmente sanguinanti.

Una varietà di ulcerazione meno frequente è quella ectimatosa o rupioide. Il differente aspetto

di queste ulcerazioni è già un segno importante in favore della diagnosi di sporotricosi.

Tali lesioni cicatrizzano solo lentamente e incostantemente: la cicatrice può somigliare a quelle tubercolari o sifilitiche, ma più spesso ha un aspetto speciale; è cioè stretta, irregolare, lineare o stellata, spesso nascosta da pieghe cutanee corrispondenti alle antiche fistole: attorno alla cicatrice trovasi un'areola di pigmento giallo-bruno.

L'adenopatia è infrequente. L'affezione è cronica, ma col tempo altera la salute del paziente.

3° *Forme miste:* sono frequenti. Quando la sporotricosi esiste già da lungo tempo, essa offre un quadro caratteristico. L'una accanto all'altra s'incontrano lesioni di varia età e di varia apparenza, cioè tubercolare, sifilitica, ectimatosa, rupioide, foruncolare ecc. Nello stesso tempo possiamo trovare lesioni associate dei linfatici della cute, delle mucose, dei muscoli, ossa, occhio, epididimo ecc.

L'alterazione fondamentale però è rappresentata sempre dalla gomma, e ciò costituisce il legame tra le varie forme di micosi.

4° *Sporotricosi localizzata:* in corrispondenza della lesione cutanea, per la quale lo *Sporotrichum* è penetrato, può riscontrarsi un'ulcera sporotricosica iniziale, spesso simile ai tubercolidi verrucosi o papillari. Ad essa può succedere una linfangite sporotricosica gommosa. Si tratta di una linfangite ascendente, caratteristica sopratutto alle estremità, e caratterizzata da lesioni gommose e ulcerose, e da processi cicatriziali scaglionati lungo il tragitto dei linfatici. Talora questa linfangite è secondaria ad una infezione ematogena con localizzazioni gommose già descritte. Il processo localizzato può estendersi anche ai gangli, e determinare una linfadenite, da cui, solo eccezionalmente, può derivare una diffusione a tutto l'organismo per la via del sangue.

Localizzazioni extracutanee della sporotricosi: possono esistere da sole, ma più spesso sono associate a lesioni cutanee, ciò che facilita di molto la diagnosi.

a) *Sporotricosi delle mucose:* osservata sopratutto nella cavità buccale, nella faringea e nel laringe. Si presenta sotto due forme, una eritemato-ulcerosa, l'altra ulcero-vegetante o papillomaetosa.

b) *Sporotricosi dei muscoli:* nei muscoli si possono sviluppare, come avviene per la sifilide, gomme di natura sporotricosica.

c) *Sporotrecosi osteo-articolare:* le lesioni possono simulare un'osteo-periostite sifilitica o un'osteomielite cronica. La diagnosi è difficile, se non esistono alterazioni specifiche della cute. Prediligono, la tibia, ed hanno un decorso lento.

d) *Sporotricosi sinoviale:* può somigliare ad una sinovite acuta coccica, ad una subacuta gonorroica o ad una sinovite cronica tubercolare.

e) *Sporotricosi articolare:* Moure ha pubblicato un caso di idartrosi del ginocchio di origine sporotricosica, accompagnata da linfangite ascendente. Altri casi sono stati descritti, e in molti fu proceduto ad amputazioni mutilanti, quando la ricerca dell'agente etiologico sarebbe bastata a indicare la cura specifica col ioduro di potassio.

f) *Sporotricosi dell'occhio:* si presenta sotto forme molteplici. Quella congiuntivale appare come un conglomerato di piccole gomme; tale varietà è sempre primitiva, e produce l'ingorgo del ganglio preauricolare. Dalla secrezione lacrimale si possono far colture.

g) *Sporotricosi dell'epididimo*: nell'uomo sono stati descritti due casi di orchi epididimite suppurativa sporotricosica. La localizzazione epididimaria è frequente nella sporotricosi sperimentale del ratto e potrebbe essere usata a scopo diagnostico.

h) *Sporotricosi renale:* è stato descritto un caso (pielonefrite).

i) *Sporotricosi polmonare:* ne sono stati descritti due casi. È da notare che una coltura positiva fatta dallo sputo non può essere considerata come prova di un'affezione polmonare, perchè lo sporotrico può vivere da saprofita nella cavità boccale.

Evoluzione della sporotricosi: è di solito molto lenta, e tale che lo stato generale non è molto alterato Il periodo d'incubazione è vario (da pochi giorni a due, tre mesi). Le gomme appaiono senza dolore, insidiosamente, l'una dopo l'altra.

In rari casi la sporotricosi si accompagna a fatti di anemia e cachessia, ma la morte devesi generalmente a malattie intercorrenti, specie alla tubercolosi.

Eccezionalmente la malattia può decorrere in modo acuto, da simulare una setticopiemia con metastasi cutanee. Può anche darsi che in una sporotricosi, che segue il suo decorso cronico normale, qualche nodulo presenti i caratteri di una flogosi acuta.

Da tutto questo si può dedurre che la sporotricosi è una malattia polimorfa, capace cioè, come la tubercolosi e la sifilide, di presentarsi sotto gli aspetti più vari. Donde la necessità di una ricerca sistematica, in casi dubbi, dell'agente patogeno.

DIAGNOSI.

1. *Diagnosi clinica.* — I criteri più importanti dal lato clinico sono:

La molteplicità delle lesioni, mentre lo stato generale del paziente è buono.

Rammollimento centrale e a forma di coppa dei noduli prima duri.

Caratteri dell'ulcerazione, con molteplici recessi sottocutanei.

Contrasto tra la piccola estensione dell'ulcera e la grandezza della gomma.

Coesistenza di varie ulcerazioni sulla stessa gomma.

Viscosità del pus o suo carattere sieroso come succo di limone.

Evoluzione fredda, indolente.

Cicatrizzazione dell'ulcera, nonostante che al disotto possa nascondersi un ascesso.

Caratteri della cicatrice.

Raro ingorgo delle ghiandole.

Criterio *ex juvantibus* (guarigione con somministrazione di IK).

Nonostante tutti questi criteri, la diagnosi spesso rimane incerta con una flogosi cronica. È necessario perciò ricorrere alla

2. *Diagnosi batteriologica.* — La ricerca diretta del parassita nel pus o nei frammenti di tessuto, tolti per una biopsia, non è facile, e spesso, data la scarsa affinità pei colori delle forme bacillari dello *Sporotricum*, non riesce.

Raramente si ricorre alla inoculazione negli animali. Volendo, si può farla nella cavità peritoneale del ratto maschio. Si ottiene un'epididimo-orchite specifica, in cui trovasi abbondante il parassita.

In pratica si ricorre sempre alla semina del pus su terreni di gelatina glicosata e peptonata.

La semina si fa in tre tubi, in ciascuno dei quali si pone da ½ a 1 cmc. di pus. I tubi si tengono alla temperatura della stanza; e, dopo 4 a 12 giorni, si nota il formarsi di colonie caratteristiche, prima di un color bianco, che si trasforma poi in giallo e marrone. Hanno un aspetto che ricorda quello delle circonvoluzioni cerebrali e sono circondate da un'aureola. L'esame macroscopico di queste colonie è sufficiente per far la diagnosi. Il microscopio rivela la forma filamentosa del fungo.

Un altro importante metodo di diagnosi è dato dalla sierodiagnosi, applicata alle micosi da Widal e Abrami. Essa ci permette di fare una diagnosi rapida, mentre coll'esame colturale è necessario attendere diversi giorni prima di poter dare un giudizio. Ci si può servire: 1° della *Sporo-agglutinazione*; 2° *della fissazione del complemento.*

La sporo-agglutinazione è analoga a quella del tifo, con la sola differenza che qui l'emulsione omogenea dello *Sporotrichum* è filtrata, così che nel filtrato trovansi solo le spore. L'agglutinazione avviene a diluizioni alte 1 : 400, 1 : 500. Il siero dei pazienti affetti da altre micosi agglutina pure lo *Sporotrichum*, ma a diluizioni meno forti.

La deviazione del complemento applicata alla diagnosi della sporotricosi è pure importante, ma non è specifica, perchè il siero di pazienti affetti da altre micosi (attinomicosi, emisporosi, discomicosi, ecc.) reagisce come il siero degli sporotricosici. Come antigene si usano le colture di *Sporotrichum*

Un altro sussidio diagnostico è dato dalla *reazione intradermica sporotricosica* di Bruno Bloch. Si ottiene iniettando nella pelle dell'avambraccio due gocce di *sporotricosina* (emulsione sterile in soluzione fisiologica di *Sporotrichum Beurmanni*). Se la reazione è positiva, si produce, nel punto d'inoculazione, dopo 24 a 48 ore un nodulo circondato da un'areola edematosa e arrossata. Mentre la reazione negativa ci permette di escludere la sporotricosi; la reazione positiva non ci permette di affermarla in modo certo.

Per questo la intradermoreazione non può essere sostituita alla sporo-agglutinazione, nè a quella di fissazione del complemento, e tanto meno alla prova colturale di Sabouraud.

PROGNOSI E CURA.

Una sporotricosi non diagnosticata, e quindi non opportunamente curata, può durare per un tempo indefinito.

La prognosi dipende dalla diagnosi. Se questa è fatta, basterà una cura di 3 a 4 settimane per guarire la malattia. La cura consiste nella somministrazione di dosi alte (fino a sei grammi) di IK, o, quando questo non è tollerato, di succedanei quali la saiodina, la iodipina, ecc. Il trattamento sarà continuato per circa un mese dopo la guarigione apparente del male. Localmente saranno applicate compresse imbevute di soluzioni deboli di I, e le ulcerazioni saranno causticate con la tintura di iodio. Soltanto le affezioni delle mucose sembrano talora resistere alla cura con IK. La cura chirurgica è indicata soltanto in casi eccezionali. A. CHIASSERINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza del 27 dicembre 1912.

Presidenza: prof. **D. Barduzzi**, presidente.

A. Poggiolini (Istituto di clinica chirurgica). *Si può nelle operazioni sulla loggia sottomascellare risparmiare sempre i rami facciali della branca inferiore del nervo facciale?* (Comunicazione preventiva). — È noto che spesso, dopo le operazioni sulla loggia sottomascellare, residua paralisi della metà

inferiore della bocca dal lato corrispondente, paralisi che può interessare l'orbicolare delle labbra, il risorio, il triangolare delle labbra, il quadrato e il fiocco del mento; si deve quindi ammettere che tanto i « rami boccali inferiori » quanto quelli « mentonieri » della branca inferiore del nervo facciale, che innervano i muscoli suddetti, decorrano spesso per un certo tratto al disotto del bordo mandibolare.

Questo fatto è ammesso per i rami « mentonieri » dalla maggior parte degli anatomici, fra cui Duverney, Sappey, Strambio, Mascagni, Boyer, Beaunis et Bouchard, Quains, Debierre.

L'A. ha eseguite 12 preparazioni della branca cervico-facciale nel cadavere, ed ha osservato che rami sottomandibolari della branca stessa, destinati ai muscoli del mento e della metà inferiore della bocca, esistevano 7 volte, fra cui in 2 non esistevano altri rami al disopra del bordo inferiore della mandibola; in questi due casi anche i rami « boccali inferiori » decorrevano nella regione sopraioidea laterale per un certo tratto.

Basandosi sui risultati delle sue osservazioni e sulle descrizioni degli anatomici, l'A. stabilisce come limiti della zona che può essere occupata dai rami facciali della branca cervico-facciale nel tratto sottomandibolare del loro decorso: in alto il bordo mandibolare dei due terzi posteriori; in basso una linea orizzontale parallela al bordo mandibolare e distante da questo cm. 1 e mezzo, quando il capo è iperesteso e flesso sul lato opposto; posteriormente il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo; anteriormente una linea verticale, abbassata dal limite fra il terzo medio ed il terzo anteriore del bordo mandibolare e la linea orizzontale indicata come limite inferiore.

Fa notare che la incisione di Lejars per l'*adenoflemmone* sottomascellare, quella di Tilleaux, Zuckerkandl per la legatura della linguale nel trigone, quella di Kuttner e di Lenormant per la estirpazione della ghiandola sottomascellare, interessando la zona suddetta, possono ledere i rami facciali della branca inferiore del nervo facciale; ciò non avviene, incidendo l' adeno-flemmone sottomascellare nello spazio compreso fra il terzo anteriore del bordo mandibolare e il gran corno dell'osso ioide, fra quest'ultimo e il limite inferiore della zona (ciò che è possibile, data l'inserzione del ventre anteriore del digastrico alla sinfisi del mento e al gran corno stesso); allacciando l'arteria linguale nel trigono col taglio orizzontale di Kocher a livello del gran corno dell'osso ioide.

Per estirpare le ghiandole sottomascellari o per tumore o per altra affezione, l'autore consiglia un'incisione, che, partendo dalla sinfisi del mento, arriva al gran corno dell'osso ioide, poi si dirige orizzontalmente indietro fino al margine anteriore dello sterno cleido-mastoideo: questa incisione mette perfettamente allo scoperto tutta la loggia, in modo da rendere possibile l'asportazione di tumori voluminosi in essa contenuti e non lede i rami facciali della branca inferiore del nervo facciale.

Queste considerazioni hanno valore solo nel caso in cui l'affezione non abbia invaso i tessuti superficiali in corrispondenza della loggia, nel qual caso sia necessaria l'asportazione dei tessuti stessi, in cui sono contenuti i rami motori per i muscoli del mento e della metà inferiore della bocca.

Prof. **A. Salomoni.** *Sul trattamento delle ferite del polmone.* — Ricorda la sua pubblicazione nel trattato italiano di chirurgia del 1900, quando fervevano le discussioni in proposito. Ritorna sull'argomento ora che le discussioni si sono rinnovate in seno alle Società di chirurgia (tedesche-francesi), e riferisce brevemente sui casi propri.

1. Uomo, Ospedale di Cremona 1882: ferita lacero-contusa con frattura di costa, prolasso polmonare, enfisema, emopneumotorace. Allacciatura e fissazione alla parete; beneficio temporaneo; morto presto di pleuro-polmonite settica.

2-3. Uomini, Clinica di Camerino 1889-92: ferite da coltello, emopneumotorace mediocre in uno, guarito pianamente da sè: grave nell'altro, in cui la toracentesi alla sesta giornata servì ad alleviare la dispnea, guarigione in un mese.

4. Uomo, Ospedale di Messina, 1897: ferita da coltello, trattato colla toracentesi ripetuta due volte e guarito in un mese.

5 Donna incinta al sesto mese, Ospedale di Messina, 1902: ferita da coltello, sospettata ledente il cuore per gravissimo emopneumotorace, toracotomia larga immediata; pericardio integro, sangue dall'ilo polmonare, zaffamento. Decorso asettico, parto a termine.

6. Sig. V. C. di Palmi, 1897: ferito da grossi pallini da caccia (lupari), dei quali 8 penetrati nel torace destro e 3 nel fegato. Emopneumotorace modico, emorragia modica pure dal fegato. Cura puramente aspettativa. Guarigione liscia.

7. D. G. da Seminara, al 2 giugno 1912 ferito a bruciapelo da revolver nel quarto spazio intercostale sinistro circa sulla linea emiclaveare. Fenomeni immediati miti escludenti la lesione del cuore e dei vasi maggiori. Presto pneumoemotorace modico ma molto disturbante il respiro ed il polso. In mancanza dei raggi Röntgen e di un apparato per narcosi sotto iperpressione, ed anco per le condizioni di ambiente non assicuranti l'asepsis si adottò la aspettazione armata. Si fece l'operazione dell'empiema dopo 26 giorni, e non

si trovò la palla, nè pure in una seconda resezione di coste, anteriore, praticata dopo altri 3 mesi, per aprire l'estremo anterior superiore della fistola toracica residua alla prima operazione. Guarito del tutto dopo un altro mese.

In base a queste osservazioni personali ed ai risultati delle osservazioni e delle considerazioni recenti di tanti altri, trova da confermare a pieno quanto ha precedentemente stabilito: cioè, che in genere, più che nelle ferite penetranti del ventre, in quelle del torace si può aspettare: usando della toracentesi per sollevare il respiro nel pneumo-emotorace gravoso; ma che si deve intervenire prontamente quando si hanno evidenze massime di emorragia minacciante. I mezzi odierni perfezionati di esame e di tecnica permettono d'intervenire presto anche in casi, che per lo addietro si lasciavano andare a empiema; e questi interventi abbreviano moltissimo il decorso di guarigione.

Porta S (Istituto di Clinica chirurgica). *Lesioni traumatiche dei polmoni* (Contributo statistico). — L'O., prendendo argomento dalla comunicazione del prof. Salomoni, riferisce sui casi di *chirurgia polmonare per lesioni traumatiche* curati nell'Istituto dal 1901 ad oggi.

Su 208 individui colpiti da *contusioni del torace accompagnate sia da frattura costale unica o multipla, sia da frattura della gabbia toracica e di altre ossa, in solo* 16 *cioè nel* 7.6 % *furono riscontrati sintomi di lesioni pleuro-polmonari.*

E precisamente: in 2 emotorace, in 1 emotorace ed emottisi, in 1 emopneumotorace, in 1 emopneumotorace ed enfisema sottocutaneo, in 1 enfisema sottocutaneo diffuso, in 3 emotorace, enfisema, emottisi, commozione toracica, in 1 emottisi, enfisema ed ematuria, in 1 emotorace ed ematuria, in 1 emopneumotorace bilaterale e commozione toracica gravissima, in 1 emotorace, ematuria e rottura della milza, in 1 emotorace e lacerazione del fegato, in 1 emopneumotorace e frattura della base del cranio.

La commozione toracica fu sempre accompagnata da lesioni manifeste della gabbia e del polmone.

In diversi casi avemmo come complicanza la pneumonite, ma in un sol caso, per la sua insorgenza precoce (un giorno dopo il trauma) noi abbiamo creduto di essere di fronte alla vera *pneumonite traumatica.* Il suo decorso fu franco, tipico e l'esito fausto.

Mai trovammo indicazioni all'intervento. Nei casi, in cui ci trovammo di fronte a lesioni esclusivamente pleuro-polmonari, la guarigione è stata la regola, tranne in un caso in cui esse erano bilaterali.

In 5 casi immediatamente al trauma l'esito fu letale, esso fu sempre determinato dalla gravità delle lesioni concomitanti, e dallo stato di shock del ferito, che non permise contro di queste il necessario trattamento.

Di 22 *ferite da punta e taglio penetranti nella cavità pleurica,* 19 *non hanno richiesto intervento chirurgico d'urgenza.* La concomitante lesione del polmone fu accertata in 13 casi, negli altri 6 non si ebbero che segni di penetrazione. In tutti i casi le ferite furono accompagnate da emotorace o pneumotorace o da emopneumotorace, rare volte da emottoe.

L'emotorace provocò tre volte sintomi gravi immediati (polso piccolo, irregolare, pallore, ambascia, dispnea), in altri casi esso non si manifestò che con lievi sintomi soggettivi od esclusivamente coi dati obbiettivi. Spesso, ma non sempre, fu accompagnato da ipertermia, la quale non superò mai i 38° e non durò al di là dei 10-12 giorni.

In un caso il pneumotorace accompagnato da enfisema sottocutaneo provocò fatti gravi. Più spesso constatammo emo-pneumotorace e fu in parecchi di questi che dovemmo intervenire secondariamente.

Il trattamento seguito consistè nella disinfezione e medicatura occlusiva della ferita: qualche volta nella sutura cutanea, quando i margini non collabivano.

Di questi feriti 12 abbandonarono le sale cliniche senza bisogno di interventi secondari e perfettamente guariti, nessuno avendo superato una degenza al di là dei 33 giorni. Alcuni, pur avendo presentato segni non dubbi di lesione polmonare, furono dimessi guariti in 10ª giornata.

Degli altri, in un caso praticammo la toracentesi *tardivamente* (per il volume dell'emotorace) in 10ª giornata, conseguendosi guarigione perfetta. In un altro la toracentesi fu praticata per pleurite siero-fibrinosa pure con esito di guarigione.

In un caso la ferita penetrante toracica accompagnata da scarso emotorace senza lesioni polmonari fu seguita da grave sepsi pleurale, mentre la ferita cutanea era guarita per prima. La toracotomia fu eseguita in 15ª giornata, l'inferma soccombette dopo 23 giorni.

La toracotomia secondaria fu da noi eseguita altre tre volte per empiemi consecutivi ad emopneumotoraci, con esito in guarigione.

In un altro caso l'intervento secondario, determinato da empiema consecutivo all'emo-pneumotorace e da ascesso polmonare, fu seguito da esito infausto in 6ª giornata.

Un sol caso di *ferita da punta e taglio* fu trat-

tato coll'*emostasi e colla sutura immediata* della ferita polmonare, attraverso ad uno sportello toracico.

L'inondazione sanguigna della pleura richiese il pronto intervento; il caso, che fu seguito da guarigione, fu già riferito all'Accademia.

In un secondo caso la ferita penetrante non ledeva il polmone, ma aveva determinato grave emorragia per recisione dell'intercostale, che fu immediatamente legata.

In un altro caso l'intervento immediato fu eseguito per praticare la sutura di concomitante ferita del cuore. Il ferito venne a morte perchè la lesione interessava oltre la parete del ventricolo sinistro anche il setto interventricolare.

Tre casi di quelle ferite, che il Tilmans chiama da *punta complicate e contuse, con penetrazione nella cavità toracica e lesione del polmone*, caddero sotto la nostra osservazione.

Il più interessante nel settembre del 1901.

Certo P... G..., di anni 33, bracciante, di Monticiano, era stato il 3 settembre assalito da un bove a corna accuminate e corte che si ripiegavano verso la fronte come le branche di una tenaglia; fra queste corna venne preso il paziente con la metà sinistra del torace. Ebbe subito una grave emorragia, e visitato da un medico, gli vennero suturate le ferite: il giorno dopo veniva condotto in clinica in gravissime condizioni. Gli si riscontrarono: una ferita lacero-contusa penetrante nella metà toracica sinistra nel 7° spazio intercostale, tra la emiclaveare e la ascellare media, lunga circa 10 cm.; una ferita lacero contusa penetrante nello stesso cavo fra l'ascellare posteriore e la scapolare, della lunghezza di 6 cm. Lo spazio fra queste due ferite si sollevava e si abbassava nei movimenti respiratori, le costole erano rotte fra la linea scapolare e la emiclaveare dalla 6ª alla 10ª costa compresa.

Venne sottoposto all'atto operativo, consistente in un'ampia pleurotomia in seguito al taglio del ponte di parti molli comprese ferite ed apertura anche di queste; svuotamento dal torace di circa 1 litro di sangue fluido; rapida resezione dei frammenti acuminati di diverse coste che ferivano il polmone ed il diaframma; emostasi, constatazione di una ferita irregolare del diaframma rispettante solo la sierosa peritoneale, e di lacerazioni multiple irregolari molto sanguinanti del polmone sinistro; stante le gravi condizioni del ferito si procedette senz'altro allo zaffamento del cavo e della ferita. Il paziente venne a guarigione. La pleurotomia aveva raggiunto lo scopo: 1° di svuotare il sangue contenuto nel torace; 2° di rimuovere i frammenti acuminati a guisa di punte di coltello che nelle espansioni respiratorie ferivano e laceravano il polmone; 3° di tamponare la lacerazione diaframmatica e quella polmonare; 4° di drenare il cavo.

Un secondo caso fu osservato il 28 giugno 1903. Certo M... C..., d'anni 24, colono, di Siena, per caduta del corpo su di un palo accuminato, si produsse un'ampia ferita lacero-contusa della regione ascellare destra con lacerazione del pettorale, frattura costale, lacerazione della pleura e contusione del lobo polmonare. Le buone condizioni dell'infermo alla sua entrata in clinica, e lo scarso danno provocato dal pneumotorace, limitarono l'intervento ad una accurata disinfezione della ferita, alla regolarizzazione dei margini ed al drenaggio dell'occhiello pleurico. In 4ª giornata, rimosso il drenaggio, fu suturata la ferita, lasciando un drenaggio capillare. Il ferito uscì il 13 luglio guarito.

Il terzo caso fu seguito da morte. Trattavasi di un colono, B... G..., di anni 80, di Monteroni d'Arbia, colpito il 9 settembre 1903 da una cornata di bue al 6° spazio intercostale di sinistra; la lesione, accompagnata da frattura costale e penetrante in cavità con lieve emopneumotoma, era unita a gravissima commozione toracica. L'intervento fu limitato a combattere questa ed alla disinfezione e protezione della ferita. Il B... morì in 3ª giornata per polmonite bilaterale.

Di nove casi di *ferite penetranti da arma da fuoco* in otto si trattava di ferite per colpo di revolver e non si stimò indicato l'intervento. In 3 casi il proiettile si era arrestato nello spessore dell'organo come lo dimostrava la radiografia, negli altri, dopo avere attraversato il polmone, il proiettile si era reso superficiale, in questi casi esso venne secondariamente rimosso.

L'emotorace più o meno voluminoso, l'emottoe, la dispnea, il pallore, il polso piccolo ed irregolare accompagnarono sempre la lesione che fu seguita da ipertermia.

La febbre, a carattere intermittente, durò dai 7 ai 18 giorni, in 2 casi si ebbe come complicanza un processo pneumonico.

I feriti guarirono tutti fra 14-16 giorni. In un caso la guarigione fu però accompagnata da grave retrazione polmonare e scoliosi.

Il nono caso, dovuto a lesione da colpo di wetterly a scopo suicida, fu seguito da morte poche ore dopo il trauma ad onta che l'intervento immediato avesse arrestata l'emorragia.

Importanti considerazioni meriterebbero le *ferite trans-pleuro-diaframmatiche* osservate e curate nella clinica del Biondi, ma l'argomento esula dai limiti della nostra relazione.

Le ferite della base dell'emitorace destro, specialmente le laterali, spesso hanno richiesto l'intervento per l'accertata lesione del lobo destro del fegato.

Non abbiamo in questi casi creduto giusto il criterio puramente esplorativo perchè una buona parte di queste ferite non si manifestano con sintomi gravi e possono spontaneamente guarire, specialmente quando sono piccole ed occupano la superficie convessa dell'organo, ove la compressione del diaframma, resa maggiore per l'emo o pneumotorace concomitante, facilita l'arresto dell'emorragia. Abbiamo ritenuto indicato l'intervento quando la lesione epatica era accertata.

La via seguita in questi casi è stata la transpleuro-diaframmatica, come quella che pei rapporti topografici consente più facilmente di aggredire l'organo colpito.

Nella ferite della base dell'emitorace sinistro, ove il pericolo più che dalla milza è rappresentato dalle ferite dello stomaco e dell'intestino, la via seguita è sempre stata l'addominale, la quale non solo agevola l'intervento, ma lo rende meno aggressivo.

Da questa rapida rassegna, a parte le ferite polmonari che attraverso il diaframma interessano organi addominali e quelle concomitanti ad altre lesioni di organi toracici, che per sè stesse reclamino l'intervento immediato, noi non fummo nè astensionisti sistematici, nè interventionisti ad oltranza.

La discussione posta su questi termini non ha avuto, non ha, nè potrà avere una risoluzione.

Come il medico non si troverà mai di fronte ad una malattia, ma ad un malato, così il chirurgo non ha davanti a sè una ferita, ma un ferito.

Sono dunque le particolarità dei singoli casi la speciale sintomatologia dovute alle soluzioni di continuo dell'albero respiratorio o delle vie sanguigne del polmone, che ci debbono spingere o trattenere nell'intervento, senza mai ricorrere ad interventi parziali a scopo esplorativo.

Noi crediamo però fermamente che indicazione altrettanto formale per un intervento immediato, ma finora altrettanto dimenticata, sia lo stato primieramente settico di una ferita.

E se noi ricordiamo che il 40 % dei colpiti da ferite toraciche, che non ebbero intervento immediato (V. Stockum), muore per fatti settici e le enormi difficoltà colle quali attraverso interventi secondari, riusciamo a salvare buona parte dei rimanenti, non sembrerà azzardato quel chirurgo che, davanti ad una ferita penetrante, primitivamente settica, intervenga allo scopo di porre la pleura nelle migliori condizioni per opporsi o vincere — fin dal principio — il processo infettivo.

V. MARTINI.

Regia Clinica Medica di Genova.

Seduta 22 gennaio 1913.

G. Breccia. *Pneumotorace artificiale* (Casistica Clinica). — Breccia riferisce su 9 casi di tubercolosi polmonare in cui praticò nell'anno scolastico decorso, il pneumotorace artificiale: tre di questi casi non poterono essere ulteriormente trattati a causa di aderenze pleuriche. Sei poterono essere trattati lungamente e quattro di questi ultimi ottennero una compressione totale del polmone ad onta di aderenze che furono in parte stirate, in parte interrotte, come fu dimostrato dalla illustrazione della radiografia. In tre di questi malati si continuano tuttora, dopo otto mesi, i rifornimenti in clinica. Dei sei pazienti, due ebbero esito letale: uno, cioè, per riaccensione dei focolai silenziosi del polmone opposto e l'altro per progrediente laringite ulcerosa.

G. Costantini. *Su un caso di aritmia funzionale.* — L'O. riferisce su un caso di aritmia, comparso durante una lieve infezione influenzale in soggetto emotivo.

Dott. BERTOLINI.

Nella comunicazione del prof. Centanni pubblicata sul fasc. 10 al posto di airride deve leggersi *aviride.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'abbondanza di presame e lo elevato potere proteolitico nel contenuto gastrico per la diagnosi di cancro dello stomaco.

In tre infermi della Clinica Medica di Camerino, in cui la di agnosi di carcinoma dello stomaco era indiscutibile, l'A. ha rinvenuto un contrasto tra lo stato dell'acidità gastrica (assenza di acido cloridrico e sovrabbondanza di acido lattico) e lo stato del potere fermentativo (sovrabbondanza di presame o quaglio ed elevato potere proteolitico). Questo contrasto, che sinora non era stato posto in rilievo per la diagnosi di carcinoma, sarebbe inerente a proprietà biologiche del tumore maligno, il quale, come è certamente capace di mascherare l'acidità cloridrica, per quanto elaborata normalmente dalle ghiandole cloridropeptiche, e di eccitare la vitalità dei bacilli provocatori della fermentazione lattica, potrebbe analogamente essere capace di elaborare veri fermenti, epperò riuscire a coagulare spiccatamente il latte, oltre che metabolizzare le sotanze proteiche.

Il prof. A. Ferrannini ha fatto intraprendere una serie di ricerche, intese a definire obbiettivamente questa capacità citologica dei tumori maligni a funzionare da presame oltre che da pepsina.

Certo si è che in tutte le condizioni di acloridria gastrica o di achilia, le quali non siano sostenute dal carcinoma, quando si verificano assenza di acido cloridrico e sovrabbondanza di acido lattico, simultaneamente sono scarse o assenti la pepsina ed il presame, poichè l'insufficienza di secrezione nelle ghiandole cloridropeptiche, per lesioni istologiche o per astenia o per stati generali, tossici o cachettici, come menoma o sopprime la presenza di acido cloridrico, parallelamente attenua o sopprime la capacità di elaborare il fermento proteolitico ed il quaglio, cioè manca il contrasto, posto in evidenza dalle ricerche dell'A. A. S.

(ROMANO PELOSI. *Gazzetta degli Ospedali*, 1912, n. 127).

Il valore diagnostico del corpo di Bence-Jones.

Il Kahler ha dimostrato per primo la presenza del corpo di Bence Jones negl'individui affetti da mieloma multiplo e dopo di lui questo fatto è stato confermato da vari autori; però esistono numerosi casi in cui questo corpo non fu constatato.

Gli studi recenti hanno dimostrato la presenza del corpo di Bence Jones anche in altre condizioni morbose (mixedema, leucemia, osteomalacia) oltre che nel mieloma multiplo, inoltre si è notato che esso non è costituito da una proteina ma da una albumosa. Il Boggs e Guthrie (*Johns Hopkins Hosp. Bull*) hanno recentemente richiamato l'attenzione sulla presenza nelle urine del corpo di Bence-Jones in individui affetti da metastasi multiple delle ossa da un tumore primitivo situato in qualunque punto dell'organismo e ne citano un caso importante per le considerazioni teoriche sui rapporti tra eliminazione di corpo di Bence-Jones e mieloma multiplo. Dall'esame del caso degli AA. e degli altri casi della letteratura in cui esiste un reperto di autopsia risulta in modo evidente che la reazione di Bence-Jones si verifica in quei casi in cui è invaso dal processo il midollo osseo; essa si verifica anche in quei casi in cui le ossa non presentino alterazioni obbiettive dimostrabili: d'altra parte possono esistere alterazioni neoplastiche estesissime del midollo osseo senza la presenza di albumose nell'urina. P. A.

CASISTICA.

Aneurisma dell'aorta e disturbi oculari (Aneurisma dell'aorta e tabe).

Il concetto del rapporto etiologico fra sifilide ed ectasia aortica, affermato da Welch nel 1875, e confermato in seguito da molti autori, è stato combattuto per vario tempo. E nonostante le prove dirette e indirette che si portarono a difesa di questa tesi la questione è di tanto in tanto rimessa in discussione. Una delle prove indirette che gli osservatori hanno dato nella dimostrazione del concetto di Welch è costituita dalla concomitanza delle aortiti con malattie del sistema nervoso centrale che riconoscono come etiologia certamente una infezione luetica. Tali sono la tabe, e la paralisi progressiva.

A prescindere dal fatto che in molti tabetici avanzati esistono ectasie aortiche clinicamente ben dimostrabili, non è raro il caso che l'autopsia di tabetici o di dementi paralitici mostra lesioni aortitiche, sfuggite all'esame in vita.

Due altri fatti — sui quali ha richiamato l'attenzione Babinsky — hanno grande importanza per la questione scientifica e per la pratica.

È tutt'altro che raro di vedere aortitici che presentano il sintoma di Argyll-Robertson, e ineguaglianza pupillare.

Il primo fenomeno è noto come sia quasi sempre — per non dir sempre — funzione di sifilide cerebrale.

Il secondo fatto per parecchio tempo fu spiegato con una patogenesi meccanica, nel senso che si attribuiva o a una midriasi spasmodica, o a una miosi paralitica per compressione del simpatico toracico. Babinsky ha sostituito a questo concetto quello biologico, che cioè l'ineguaglianza pupillare — che si accompagna ad abolizione del riflesso alla luce — sia dovuto alla stessa causa che produsse l'aneurisma, cioè alla sifilide.

Naturalmente resta la questione se queste turbe nervose sieno in rapporto con lesioni sifilitiche o parasifilitiche, si tratti cioè di sifilidi cerebrali o di tabi frustre.

La questione sollevata in seno alla Società medica degli ospedali di Parigi è rimasta insoluta.

In ogni modo queste turbe oculari negli aortitici — interpretate nel senso di Babinsky sono uno prova indiretta dell'origine luetica degli aneurismi dell'aorta. F. SABATUCCI.

Sull'impulso al giugulo.

Tra le pulsazioni che si hanno nella regione precordiale e in dipendenza dei grossi vasi l'impulso al giugulo non ha un valore ben chiaro. Infatti è generale l'idea che esso stia a significare un'alterazione dell'arco aortico, ma mentre molti AA. lo designano come sintoma caratteristico dell'ectasia aortica, da altri invece vien messo in seconda linea o trascurato assolutamente.

Il Maragliano ha cercato in base a numerose ricerche radioscopiche di controllo quale relazione possa avere l'impulso al giugulo con l'ectasia dell'aorta ed in quali altre condizioni possa esistere. Dalle osservazioni dell'A. risulta dimostrato che l'impulso al giugulo è un sintoma che si ritrova abbastanza frequentemente in persone con aorta perfettamente sana controllata allo esame radioscopico. Esso adunque non ha valore patognomonico diretto per l'ectasia aortica in senso positivo; non ne ha poi nemmeno uno assoluto in senso negativo perchè può mancare in persone portatrici di cospicue dilatazioni aortiche ed anche di aneurismi. L'impulso al giugulo può assorgere ad un valore diagnostico quando sia congiunto con altri segni clinici di arteriosclerosi o colla constatazione di una ottusità retrosternale, e quando soprattutto sia controllato dallo esame radiologico.

È probabile quindi che, oltre alle spiegazioni più comunemente accettate dell'impulso giugulare e cioè l'allungamento dell'arco aortico per arteriosclerosi e l'ectasia aortica stessa, si debbono accettare anche altre spiegazioni e cioè che si possa avere un impulso al giugulo o per una maggiore vicinanza dell'arco aortico alla forchetta sternale che si ritrova nelle persone giovani o per una pulsazione più ampia ed una locomozione più spiccata verso l'alto dell'arco dell'aorta stessa che si può avere nei soggetti giovani per una maggiore elasticità e sottigliezza delle parti arteriose oppure per una aumentata attività cardiaca. P. A.

(*Riv. Crit. di Clin. Med.*).

TERAPIA.

Sul trattamento del funicolo ombelicale.

Dopo un'ampia rassegna della letteratura sull'argomento, l'A. (M. Raspini, *La Ginecologia*, 1912, n. 7) viene alla conclusione che la mortalità e la morbilità del neonato è di massima dovuta ad infezioni penetrate nel piccolo organismo per la via del funicolo ombelicale o della cicatrice di esso. I metodi proposti da molti AA. per ovviare a questi inconvenienti tendono indistintamente ad ottenere, più che la rapida caduta del moncone, il suo rapido essiccamento per non essere terreno favorevole a sviluppo di germi.

Non hanno grande interesse le differenze di metodo nell'allacciamento del funicolo. Il materiale adoperato è indifferente, purchè questo materiale sia assolutamente sterile. Interessante invece è che la lunghezza del moncone sia tale che pure adattandosi a quella che è richiesta dai differenti metodi di allacciatura, sia però tenuta della massima brevità.

La massima parte degli AA. si dichiara assolutamente contraria al bagno del neonato, che ritarda il processo di mummificazione. Altri sono favorevoli al bagno.

Nelle sue ricerche l'A. ha usato l'allacciatura del moncone ombelicale con gli anellini di gomma; metodo questo che alla rapida applicazione, alla sicura sterilizzazione, unisce il vantaggio di essere salvaguardati da possibili emorragie tardive, poichè il laccio, per la sua elasticità, si restringe da sè man mano che il funicolo, essiccandosi, diminuisce di volume. Il neonato viene quindi immerso in un bagno di pulizia. Fin qui il trattamento è stato uguale per tutti i bambini. Per il successivo trattamento ha usato vari metodi:

1. Il moncone avvolto in compresse asciutte sterili, quindi cotone e fasciatura; bagno ad immersione giornaliero e la medicatura ombelicale rinnovata quotidianamente. Trattò così 823 neonati.

2. Il moncone lavato con alcool è avvolto in compresse sterili imbevute di alcool; indi com-

presse sterili asciutte, cotone sterile, fasciatura. I bambini non furono mai bagnati ma detersi con batuffoli di cotone bagnati in acqua. La medicatura ombelicale giornalmente rinnovata, senza però applicare l'alcool, cui si ricorreva solo nel caso di arrossamento dei bordi ombelicali. Furono così trattati 635 neonati.

3. Il moncone era avvolto in garze sterili, indi cotone e fasciatura. Giornalmente, tolta la medicatura, il bambino era sottoposto ad una abluzione e dopo asciugato veniva applicata la medicatura nello stesso modo. Furono così trattati 400 bambini.

4. Il moncone era pennellato con tintura di jodio e quindi avvolto in garze sterili, cotone, fasciatura. Giornalmente il bambino era sottoposto all'abluzione e la medicatura rinnovata come sopra. Vennero così trattati 60 bambini.

Praticò numerosi esami bacteriologici nei bambini trattati con i vari metodi, ma è giunto alla conclusione che, « in qualunque modo venga trattato il funicolo, il reperto bacteriologico è pressochè invariato ».

In quanto alla rapida mummificazione, ebbe i migliori risultati con l'abolizione del bagno, ed in graduatoria vengono quindi i neonati trattati con bagno ad abluzione, ed in ultimo quelli immersi nel bagno. Circa la caduta, i risultati sono pressochè uguali a quelli ottenuti per la mummificazione.

Non ebbe mai a notare, qualunque fosse il metodo usato, casi mortali di infezioni ombelicali.

Essendo risultato dagli esami bacteriologici che anche poche ore dopo la nascita l'ombelico dà asilo ad un gran numero di germi, che possono ad un tratto acquistare virulenza, l'A. cerca di stabilire il trattamento del cordone ombelicale più adatto ad impedire a questi germi di esercitare la loro azione patogena.

Ricordando quindi come, più che la caduta, sia importante la rapida mummificazione del moncone, insiste a che questo sia tenuto il più corto possibile.

In quanto al bagno, sarebbe preferibile sopprimerlo, ma essendo anche necessaria la scrupolosa pulizia del neonato, si può ricorrere a quello ad abluzione. Ed a questo proposito l'A. crede che questo bagno ad abluzione debba esser fatto con apparecchio adatto; che se questo non si avesse si procederà alla pulizia del neonato con batuffoli inzuppati di acqua tiepida.

Ed anche riguardo al primo bagno di pulizia, l'A. consiglia, prima di procedere alla fasciatura dell'ombelico, di lavare il moncone e la zona periombelicale con alcool e quindi involgere il moncone stesso con garza imbevuta di alcool. Nei giorni successivi sarà sufficiente della garza sterile asciutta.

F. BAFFONI-LUCIANI.

Cure del seno nella puerpera.

Profilassi. – È buona pratica negli ultimi tempi della gravidanza preparare il seno all'allattamento lavandolo mattina e sera con dell'acqua calda e sapone, ed in seguito strofinarlo con un poco di alcool rettificato; questo metodo serve al duplice scopo di sbarazzare i capezzoli della materia sebacea che li ricopre e d'indurire l'epidermide.

Nel tempo dell'allattamento, bisogna dopo ogni poppata lavare i capezzoli con un po' di acqua bollita leggermente alcoolizzata e toccarli con una compressa fine imbevuta della soluzione seguente:

Alcool a 90°	ana gm. 20.
Glicerina neutra	

Ciò fatto si ricoprirà il seno con una compressa di garza asciutta e sterilizzata mantenuta in posto da una fasciatura di tela, che sarà levata nel momento della poppata seguente.

Se il capezzolo è molto corto è bene farlo venir fuori per mezzo di una tettina senza lasciare tale bisogna al lattante. In verun caso il poppante sarà lasciato attaccato al seno più del tempo strettamente necessario. Bisogna inoltre pulire accuratamente la bocca del lattante prima della poppata, se presenta qualche affezione orale, il mughetto, ad esempio.

Trattamento curativo delle ragadi. — Se le ragadi sono moltepiici e profonde val meglio sopprimere momentaneamente l'allattamento dal lato malato o per lo meno distanziare la poppata. Il bambino non prenderà più il seno direttamente, ma per mezzo di una tettarella di gomma.

Si tenterà la cicatrizzazione delle ragadi per mezzo di uno dei seguenti processi:

a) In seguito ad insensibilizzazione mercè l'applicazione di un tampone di ovatta imbevuto in una soluzione di cocaina al 10 % durante 5 minuti si strofina il capezzolo con un po' di etere e dipoi si tocca ciascuna ragade con un po' di tintura di jodio fresca, si termina spolverando la regione con bicarbonato di sodio. Tale medicatura sarà rinnovata dopo 24 ore.

b) Si possono applicare in permanenza sulla sommità del seno delle compresse di garza imbevute nella seguente miscela:

Tannino	gm. 0.50
Glicerina neutra	ana gm. 15.
Alcool a 90°	

c) Questa formola di Marfan applicata come la precedente dà dei buoni risultati:

Acqua di rose	gm. 40
Glicerina neutra	» 20
Borato di sodio	» 8
Tintura di benzoino . . .	» 12

Cura della linfangioite della mammella:

1. Sopprimere immediatamente l'allattamento dal lato malato e non riprenderlo se non quando ogni traccia d'infiammazione è scomparsa: se l'altra mammella non basta alla bisogna si istituirà per il momento l'allattamento misto.

2. Applicare in permanenza sul seno malato delle compresse di garza sterilizzata imbevute di acqua bollita calda e rinnovate di frequente. Tali compresse saranno ricoperte da un pezzo di taffetà e mantenute *in loco* abbastanza largo ed abbastanza strette per sostenere bene il seno e comprimerlo leggermente.

3. Se il dolore è abbastanza vivo, si praticheranno inoltre due volte al giorno delle polverizzazioni di acqua borica calda, oppure si applicherà il ghiaccio in permanenza, come si dirà a proposito della galattoforite. Nello stesso tempo si somministrerà alla paziente aspirina a 2 grammi *pro die*.

4. Quando la fase acuta è terminata si vuoterà il seno per mezzo di tettina. L'allattamento potrà riprendersi solo dopo la scomparsa di ogni sintoma.

Cura della galattoforite. — Dopo che mercè una leggiera espressione si è visto uscire una goccia di pus da uno dei pori dell'*area cribrosa* della mammella, vi sia stata o no linfangioite anteriore, che si abbia o no elevazione della temperatura, bisogna:

1. Sospendere immediatamente l'allattamento dal lato sano: ciò è importante per la madre e più ancora per il bambino che succhiando del pus sarebbe esposto ad infettarsi collo stafilococco.

2. Mettere una vescica di ghiaccio a permanenza sulla mammella e mantenerla *in loco* mercè una fasciatura modicamente stretta.

3. Quando ogni sintoma generale e locale è scomparso si vuota a fondo la mammella malata per mezzo della tettina e due tre giorni dopo potrà essere ripreso l'allattamento. (JEANNIN, *Le Progrès Médical*, 40e année, n. 36).

TR.

La cura degli ascessi delle mammelle.

Allorchè si è riconosciuta la presenza di un ascesso nell'interno di una mammella bisogna naturalmente dar esito al pus. Ma la bisogna non è sempre molto facile, dappoichè il chirurgo si trova alle prese con due preoccupazioni diverse: conservare al seno l'uniformità dei suoi contorni e garentirgli la totalità delle sue funzioni, che il taglio dei condotti galattofori minaccia di sminuire.

L'ascesso del seno non è sempre un ascesso della glandola.

Esso può essere perimammario e risiedere tanto nella pelle o nel tessuto cellulare sottocutaneo, quanto indietro della glandola nel tessuto cellulare lasso sottomammario. Questi ascessi sono in genere di piccole dimensioni ed un'incisione minima basta ad evacuarli; la virulenza della raccolta purulenta è minima e la cicatrice residuale è ben poca cosa.

Molto più frequenti sono i veri ascessi della glandola.

Essi si sviluppano quasi sempre nell'epoca dell'allattamento, il seno si tumefa, diventa dolente, l'areola e le parti circumambienti presentano una colorazione più viva dell'abituale, la pelle è più tesa, ed alla palpazione il corpo della glandola dà l'impressione di una consistenza di sasso.

Questo è lo stadio della flogosi non quello dell'ascesso e tale galattoforite, secondo la locuzione del Budin, può guarire cogli antiflogistici, e coll'espressione metodica del contenuto dei condotti.

Quando l'ascesso è formato la condotta da seguire sarà diversa a seconda che l'ascesso è unico, ovvero i focolai d'indurimento o di suppurazione sono molteplici e disseminati.

L'ascesso unico della mammella è raro e denota una virulenza attenuata del microbo infettante. In questo caso i chirurghi per evitare una cicatrice visibile praticano la puntura dell'ascesso col trequarti.

Thirior ha utilizzato questo processo e per rendere asettica la cavità vi ha fatto passare per 48 ore una corrente di ossigeno. Chirié e David preferiscono l'iniezione di argento colloidale. Quando invece l'ascesso pur essendo unico ha un decorso acutissimo bisogna senza altro evacuarlo con una adatta incisione.

Quando gli ascessi sono multipli le piccole e molteplici incisioni sono inutili e dannose: bisogna allora incidere la pelle nel fondo del solco sottomammario, in tutta l'estensione della mezza circonferenza inferiore del seno. Questo allora viene facilmente scollato dai piani profondi, perchè il tessuto cellulare lasso sottogiacente non oppone alcuna resistenza. La glandola è riportata colla faccia posteriore in avanti e così può essere facilmente esplorata dall'occhio e dal dito.

Tutte le raccolte vengono incise e largamente scoperte: il fondo si tratta con antisettici come il iodio e l'acqua ossigenata. Poscia si situano dei drenaggi e degli stuelli che escono a livello dell'incisione sottomammaria. Durante la prima settimana la medicatura si fa tutti i giorni, gli stuelli si cambiano, la cavità si lava coll'acqua ossigenata o iodata.

A poco a poco la suppurazione diminuisce; il riaccollamento del seno e la guarigione non tar-

dano a prodursi, anzi delle volte si verificano con sorprendente rapidità.

In quanto alle modificazioni al processo ricorderemo che Felizet pratica l'incisione col termocauterio, Morestin fa l' incisione cutanea meno estesa allo scopo di renderla meno evidente.

(*La Riforma Medica*). TR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(90) *Tubercolosi chirurgica e cura iodo-iodurata.* — Prego la sua cortesia di darmi nella Posta degli abbonati dettagliati chiarimenti sulla tecnica delle iniezioni ipodermiche iodo-iodurate alla Durante nella cura delle tubercolosi chirurgiche:

1° La cura deve essere sempre intensiva?

2° Specialmente nelle tubercolosi ossee che durano parecchi mesi e talora anni, le iniezioni giornaliere devono praticarsi ininterrottamente per tutto il tempo della durata dell'affezione, oppure è buono sospenderle ogni tanto, anche non verificandosi sintomi di intolleranza, e in questo caso dopo quante iniezioni e per quanto tempo si deve sospendere?

3° Nella cusa intensiva, cominciando le iniezioni col 1° grado (0.01 di iodo) dopo quanto tempo si può passare al 2° grado, e poi al 3° al 4° e infine al 5° grado (0.05 di iodo); e arrivato al 5° grado si deve continuare con questo per tutta la lunga durata della cura?

4° In un infermo di 12 anni con tubercolosi del tarso e una glandola sottomascellare in 3 mesi è arrivato al 3° grado: si può passare senza nocumento al 4° grado e poi al 5°, e dopo quanto tempo?

5° Quali sono i principali sintomi d'intolleranza di questa cura iodica?

6° Nella tubercolosi del tarso con piccolo seno fistoloso e scarsa secrezione basta la semplice applicazione della medicatura con garza e ovatta resa asettica colla bollitura: o è necessario iniettarvi, sul seno fistoloso, ogni 3-4 giorni alcune gocce di tintura di iodo, oppure di una soluzione acquosa di iodo 1 % secondo Durante, e 4 % secondo D'Antona?

Ma se lo iodo non si scioglie se non 1 su 5000?

Ringraziandola, la ossequio distintamente.

Dott. R. P. E.

La cura iodo-iodurata della tubercolosi chirurgica dev'essere, come ogni cura di lunga durata e di saturazione dell'organismo, individualizzata con le modalità e misure più appropriate al singolo caso. Il complesso organico del paziente, con tutte le sue proprietà attive e reattive di fronte al medicamento, e gli attributi della lesione morbosa debbono guidare nell'arte delicata della determinazione esatta dei particolari della cura. La terapia clinica non può avere canoni generali applicabili a tutti i casi.

Agisca lo iodio per azione diretta sul focolaio tubercolare o per via indiretta, noi ci si propone nella cura iodo iodurata di saturare di iodio l'organismo malato si da elevarne al massimo l'indice di difesa, diciamo, specifica contro il morbo. Lo iodio pare eserciti, comunque, un'azione specifica antitubercolare. Di qui la necessità che la cura sia intensiva, per ottenerne il massimo grado di efficacia.

A questo massimo si deve pervenire però per gradi per preparare l'assuefazione dell'organismo ed evitare nei limiti del possibile i fenomeni di intolleranza. Questi fenomeni sono di solito a carico dell'apparato digerente (faringo-laringiti congestive, gengivite, sapore metallico alla bocca, diarrea, ecc.), del sittema cardio-vascolare (ipotonia arteriosa, deliqui, capogiri, ecc.), dell'apparecchio cutaneo (eritemi, acne, orticaria, ecc.), della mucosa nasale, dei bronchi, della congiuntiva, ecc.

Se non si verificano fatti d'intolleranza, la cura iodo-mercuriale va protratta per lunghi periodi, e non v'ha speciale bisogno di interromperla periodicamente. Che se, dopo un lungo periodo di iniezioni, non pare che l'organismo ne tragga beneficio apprezzabile, è meglio aggredire il focolaio chirurgicamente.

Noi riteniamo che, quando l'organismo sia stato mantenuto per un certo periodo di tempo in uno stato di saturazione iodica e non ne abbia tratto vantaggio sensibile, ogni insistenza ulteriore nella cura sia del tutto inutile.

La cura soltanto chirurgica in questi casi può aver ragione del focolaio morboso o, per lo meno, può ravvivare i tessuti alla reazione.

Molto utili possono riuscire anche le applicazioni iodiche locali sotto forma di tintura di iodio in dosi modiche o di lavaggi con acqua iodata.

L'acqua iodata comunemente usata non è una soluzione acquosa di iodio. In un infermo di 12 anni mi fermerei alle iniezioni di 3° grado.

Per tutto ciò che non è contemplato in questa risposta troverà esaurienti spiegazioni nel volumetto del prof. Durante, pubblicato dall'Amministrazione del nostro periodico. P. L.

(91) *Letteratura sulla lecitina.* — Desidererei sapere dove posso trovare letteratura sulla lecitina, e più specialmente sulla tecnica per farne emulsione in siero fisiologico e temperatura di sterilizzazione, per uso ipodermico nell'uomo.

Dott. V. C.

Letteratura chimica-farmaceutica. *Hagers Handbuch der Pharmazeutischen Praxis*. Ergänzungsband 1908, Berlin, Verlag Von Julius Springer p. 446.

SPICA. *Chimica medico-farmaceutica* vol. II, *Chimica organica*, 1907, p. 623 (Nota).

« *Medicamenta* ». Guida Teorico-pratica per sanitari. Coop. farmaceutica, Milano 1908, p. 657 e 1278.

E. C.

(92) Il dott. Luigi Battey da Castiglione Olona (Como) scrive:

È desiderio di molti che il « Policlinico », in un suo numero od in opuscolo per premio, compilasse un lavoretto che manca, cioè una specie di Vocabolario medico che spiegasse: cosa è « il segno di Babinski », che cosa « il segno di X, di Y, ecc. »; cosa è « il morbo di X, di Y, di Z » che ora tutti usano. Tale nomenclatura è ignota a molti.

Esistono già molti lavori genere. Potrebbe consultare: Ferrio L., Terminologia clinica, Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1899; Caratù V., Terminologia clinica dal nome d'autore, Napoli, 1912, Casa Editrice Vittorio Idelson; Parona, Dizionario dei termini medici dal nome dell'autore, Milano, Casa Editrice dott. F. Vallardi, 1904.

R. B.

VARIA

Malati e clienti. — Un medico non dovrebbe mai dire: « i miei clienti, la mia clientela », ma « i miei malati ».

Il medico che parla della « sua clientela » e dei « suoi clienti » distingue nettamente tra i malati gratuiti — per es. quelli dell'ospedale o ch'egli assiste per umanità — e quelli da cui riceve degli onorari. Abbassa così la sua posizione morale e il concetto che deve aversi del suo compito nella società.

Un tempo, « clienti » e « clientela » erano i plebei protetti da un patrizio: il cliente era l'obbligato e socialmente l'inferiore di colui che lo proteggeva.

Accademicamente forse il significato di queste parole non è cambiato, ma nel fatto quanto è divenuto diverso nell' uso corrente e popolare! Clienti e clientela evocano oggi sovatutto l'idea di affari commerciali, in cui l'obbligato e, fino a un certo punto, l'inferiore non è quegli che dà, ma quegli che rieeve...

Dev'essere ben altrimenti del medico di fronte ai suoi pazienti.

Malgrado gli onorari versati, il paziente guarito o solo alleviato dei suoi mali, resta obbligato verso il medico. I servigi ricevuti, la salute ricuperata che — si dice — è il più prezioso dei beni, non potrebbero mai esser messi in bilancio con gli onorari modesti o sia pure di lusso con cui il paziente ha materialmente assolto il suo debito.

Le persone di cuore aggiungono a questi onorari un tributo di riconoscenza, un sentimento di rispetto e di affezione, che ristabiliscono l'equilibrio e che pel medico hanno tanto valore.

Certuni pretendono che la vita moderna così agitata e febbrile e interessata si presta poco a tali sottigliezze; che nelle relazioni tra uomini tutto si limita a un movimento di scambi commerciali, in cui ciascuno agisce su piede d'eguaglianza, in cui il denaro è sovrano e i sentimenti non hanno nulla da fare. È questo un errore non dubbio: interessi e sentimenti coesistono nella vita, si urtano, si sommano; ma è sovratutto dal cuore, dai sentimenti e dalle idee che gli uomini sono condotti. È anche la loro mercè che si stabilisce, aumenta o decresce un elemento imponderabile eppure potentissimo: la « considerazione ». Questa circonda le professioni come gli individui ed è come il riflesso pubblico dell'onore, cui noi teniamo sovra tutto.

(Dal *Paris Médical*). R. B.

Le contraddizioni della medicina. — Un egregio dottore scrive:

« Avevo appena finito di indicare ad un dispeptico il regime che doveva seguire, regime che prescriveva una restrizione dell'alimentazione carnea, la soppressione completa del vino, ecc.

— Dimenticavo di dirle, signor dottore — aggiunge il cliente, piegando la mia ricetta — che mia madre ai suoi tempi ha sofferto esattamente gli stessi disturbi.

— Ah!

— Il suo medico le consigliò bistecche sanguinanti e *bordeaux* vecchio. Essa si è ben rimessa ».

E mentre, dissimulando il suo scetticismo e la sua ironia sotto le apparenze di una impeccabile correttezza, il mio cliente si allontanava, solo nel mio gabinetto io mi abbandonava a melanconiche riflessioni.

« Quanto è imperfetta la nostra povera intelligenza umana! Essa, che ha scoperto tante meraviglie e che ha risolto problemi che parea follia affrontare, si perde in piccoli dettagli.

« I medici che da secoli e secoli esaminano dispeptici e prescrivono loro dei regimi, non hanno potuto ancora formarsi un concetto esatto sopra tali regimi. A qualche anno di distanza gli uni contraddicono gli altri! ».

(Dal *Paris Médical*). S.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

W. G. PORTER. **Diseases of the Throat, Nose, and Ear.** John Wright and Sons Ltd. Bristol, 1912.

Obbietto principale di questo libro è di fornire al pratico quelle notizie riguardanti le malattie della gola, naso ed orecchio che siano sufficienti ad ogni buon medico esercente e gli riescano di vera utilità. Quindi principalmente è rivolta l'attenzione ai metodi di esame, alla diagnosi e cura di queste affezioni, escludendo del tutto le operazioni di notevole importanza che sono competenza degli specialisti. Così pure sono soppresse le descrizioni anatomiche, eccetto quei pochi richiami indispensabili, in alcuni punti speciali

Il libro, di circa 300 pagine, è in nitida edizione ed è ricco di bellissime incisioni a colori.

Br.

L. GRÜNWALD. **Die Krankheiten der Mundhöhle des Rachens und der Nase.** III. Auflage. Teil I Lehrbuch. München Lehmann's Verlag. Mk. 12.

È la terza edizione dell'Atlante del Grünwald della splendida collezione Lehmann: esaurita in poco tempo la seconda edizione, l'A. si è studiato in questa di completarne le lacune e di esporre chiaramente tutti i rapidi progressi fatti dal punto di vista diagnostico-terapeutico nel campo delle malattie della cavità orale del faringe e del naso. Alcune parti sono completamente rifatte; esistono inoltre alcuni capitoli del tutto nuovi. L'edizione elegantissima è corredata da 10 illustrazioni a colori e 220 in nero.

P. A.

G. PREISWERK-MAGGI. **Lehrbuch und Atlas der konservierenden Zahnheilkunde.** 1 vol. in-16 di pag. 404, con 32 tavole a più colori e 323 figure nel testo. München J. F. Lehmann's Verlag, 1912. Rilegato, M. 14.

L'A. si è proposto di offrire al pratico ed allo studente una guida per le più comuni applicazioni dell'odontoiatria, descrivendone minutamente le singole operazioni e sussidiando l'esposizione con larga copia di figure.

Se egli sia riuscito pienamente nello scopo, non sappiamo: la nostra impressione è che egli abbia voluto addensare troppo materiale in questo libro, il quale finisce per essere adatto più allo specialista che al pratico generale.

Dal lato tipografico e litografico il volume è una vera meraviglia e si raccomanda caldamente.

Fa parte dei manuali-atlanti del Lehmann; è il 38° della serie.

I. T.

C. DANIEL (Bucarest). **Le Post-Partum normal.** 1° fascicolo. A. Naloine editore.

Il periodo del puerperio che comprende il post-partum offre ancora un campo assai vasto per un lavoro di revisione.

I disturbi morbosi potranno essere nettamente e sicuramente divisi dallo stato normale solo conoscendo l'anatomia fisiologica del post-partum.

Nel 1° volume il Daniel fa la descrizione generale del puerperio normale che egli prolunga fino alla fine dell'allattamento, ed il 1° fascicolo è dedicato alla generalità e allo studio anatomico degli organi genitali nella partoriente normale.

Come manifestazione di vedute personali, fondate sull'esperienza, l'opera sarà utile e susciterà contrasti fra gli specialisti dell'argomento.

t. p.

Prof. F. FRANCESCHINI. **Malattie sessuali.** U. Hoepli. Milano.

Il Franceschini che recentemente ha conseguito con ottimi risultati la libera docenza in clinica dermosifilopatica presso la R. Università di Roma, dà alle stampe una seconda edizione di un prezioso manuale Hoepli che tanto favore ha già incontrato presso il pubblico.

Profondo conoscitore di questo capitolo della patologia umana, per dottrina e per lunga pratica, egli ce ne dà una esposizione precisa, ordinata, completa, rendendosi utile agli studenti ed ai profani per la facilità della trattazione, e ai medici pratici perchè con nuovi capitoli aggiunti li mette al corrente delle nuove cognizioni scientifiche di questa specialità.

Le conoscenze nostre sulla spirocheta pallida, sulla reazione di Wassermann, sui nuovi preparati di Ehrlich, sulle uretriti non blenorragiche, ecc. vi sono esposte con chiarezza con concisione e con saggio spirito di obbiettività.

Alla nuova edizione facciamo gli auguri della meritata fortuna.

p. s.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici militari in Libia.

Nel passato fascicolo il *Policlinico* ha riprodotto dal *Giornale d'Italia* un articolo sull'opera del maggiore medico Santucci a Bengasi; con eguale soddisfazione ne riproduce oggi dallo stesso giornale un'altro contenente le lodi per il maggiore medico Donini che fu per diversi mesi direttore di sanità militare a Misurata. In esso non v'è parola che non risponda a verità e dell'opera solerte e coraggiosa del maggiore Donini io fui personalmente testimone nella piccola città bianca che nelle solatie giornate autunnali sembrava come assopita fra le gigantesche palme dell'oasi. Ripubblicando questa corrispondenza da Misurata io sono sicuro di portare il più valido argomento a quella propaganda di idee alla quale il nostro giornale s'è associato con istintiva simpatia e intesa ad ottenere il miglioramento delle condizioni dei medici militari, dell'esercito e dell'armata: la « crisi della medicina militare » — come la chiamano in Francia dove esiste più grave che da noi — sarà risolta il giorno che i poteri dello Stato e l'opinione pubblica saranno capaci di apprezzare il valore dei servigi che sono resi all'esercito dagli ufficiali medici, e non li riterranno inferiori a quelli degli ufficiali combattenti.

CAJUS.

Misurata, 4 aprile.

Ieri l'Ufficio di sanità militare si è chiuso, avendo terminato i suoi lavori. Il direttore di tale Ufficio, maggiore medico Donnini, rimpatria dopo nove mesi di lavoro indefesso per cui le fibre più robuste si sarebbero estenuate se non fosse stato a quel posto una tempra d'acciaio, un carattere adamantino, una intelligenza chiara accompagnata da un intuito e previggenza felice, doti queste precipue per riuscire in ogni cimento E il Donini che tali doti aveva in sè si trovò in Libia e in particolar modo qui a Misurata di fronte ad un problema vastissimo d'igiene collettiva; oltre a dar libero moto a quel complesso ingranaggio sanitario rappresentato da ben sei ospedali da campo e servizi minori.

L'epidemia tifoidea nella estate scorsa infieriva su vasta scala e perdurando fino alla metà di novembre diede non poche vittime e non scarsi timori, ma quanti altri non ne avrebbe dati, se il Corpo sanitario tutto affratellato dal momento triste e tutto fervido d'azione e di lotta non avesse avuta una salda compagine e il Donini suo capo ben degno, in questo modesto presidio che pure era il più colpito della Tripolitania!

D'altra parte si doveva lottare su un terreno su cui i più disparati bisogni insorgevano ad ogni piè sospinto: la località sconosciuta, l'abbondanza infida delle acque, una popolazione abbandonata da anni a sè stessa in cui la miseria morale e fisica era associata al più ingiurioso dispregio di pulizia e d'igiene. Il cozzo avvenne e ben formidabile, ma la vittoria fu nostra anche contro il nemico invisibile. Alle prime vite umane falciate dal tifo, i nostri sanitari, sotto la guida sapiente del maggiore Donini, apposero una volontà operosa di bene, una incrollabile tenacia di sforzi, e forti nella loro missione umanitaria ebbero finalmente dopo vari mesi ragione di quel nemico doppio, invisibile e micidiale che avviliva e fiaccava prima e poi distruggeva le fibre più robuste.

Con la costruzione dell'acquedotto che portò a Misurata l'acqua sorgente a due chilometri dalla cinta e cioè dai cosiddetti pozzi del Maugush, si ebbe un altro fattore di benessere, il quale fu vivamente sostenuto dal Donini e fu opera mirabile dell'ing. Bonfigli.

Gli ospedali da campo giunsero ad ospedalizzare un numero quadruplo di quello di cui erano capaci per formazione organica; ad esempio l'ospedale someggiato da 50 letti diretto dal capitano medico Rinaldi riuscì ad ospedalizzare nel settembre scorso ben 230 ammalati; il numero massimo di infermi verso la fine del settembre raggiunse i 1200 di cui la maggior parte affetti da gastro-enterite e in ispecial modo da tifo, il numero per sè stesso era sproporzionato, dato quello complessivo delle forze quivi distaccate e la capacità limitata degli ospedali da campo. Il Donini dovunque accorreva ed amorevolmente s'interessava di tutti e di tutto ciò che potesse apportare un miglioramento, un conforto, un riparo. Il Corpo sanitario lo coadiuvò con efficacia nell'opera d'igiene e di civiltà e si rese ben degno della fiducia ed ammirazione unanime. È certo che domani ripresentandosi bisogni urgenti ed imprevisti del paese, il Corpo sanitario saprà sempre compiere, come oggi nell'ora difficile, il proprio dovere con fermezza eguale, con zelo, con abnegazione.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione nazionale dei medici ospedalieri. — Il 4 aprile 1913 si è adunato in Roma il Consiglio direttivo dell'Associazione, presieduto dal prof. Carducci, e si è occupato del concorso al posto di chirurgo primario nell'ospedale di Spezia.

Ha poscia confermato, sovra nuovo quesito posto dalla sezione parmense, il boicottaggio del concorso a direttore del gabinetto di microscopia di quell'ospedale.

Su domanda dell'Associazione Italiana di radiolagia medica ha preso in esame la proposta di boicottaggio del concorso a medico radiologo nell'ospedale di S. Matteo di Pavia. Mancando però elementi sufficienti per deliberare, il Consiglio ha incaricato la Presidenza di chiedere maggiori informazioni all'associazione proponente, a mezzo della sezione Milanese.

In ultimo il Consigllo ha preso atto dell'esecuzione data dalla presidenza alle precedenti deliberazioni prese circa i rapporti tra sanitari e amministrazione dell'ospedale di S. Salvatore di Pesaro.

L'Istituto di mutuo soccorso fra medici e farmacisti di Roma e provincia conta 66 anni di vita essendo sorto nel 1846. Oggi possiede un patrimonio di lire 116,761.98.

Il suo scopo è quello di sovvenire i soci in stato di malattia acuta e cronica, e le vedove e gli orfani dei soci in stato di bisogno. Nell'anno 1912 furono assegnate lire 5530 per malattie e lire 3900 per sussidi a vedove e orfani. Nella casa donata dal defunto dott. Gaetano Olivieri sono oggi ricoverati 6 vedove di soci.

Inoltre ogni anno sono assegnati 4 sussidi di lire 35 ciascuno, per elargizione del socio prof. Scellingo alle orfane dei soci.

L'obbligatorietà della inscrizione negli Ordini — Il tribunale di Roma, XI sezione, nell'udienza del 4 aprile corrente, ha giudicato i dottori Tommaso Notarianni e Emilio Tonizzi, medici esercenti ln Roma, i quali non curarono di inscriversi all'Albo dell'Ordine dei Medici, istituito dalla legge 10 luglio 1910, e ritenendoli colpevoli di contravvenzione alia legge sanitaria, li ha condannati all'ammenda di lire 83, applicando il beneficio della condanna condizionale al solo dott. Tonizzi che risultò essersi inscritto nelle more del giudizio. Eguale procedimento penale è a corso per altri medici della provincia.

Il Consiglio doll'Ordine dei Medici di Roma non ritenne di doversi costituire parte civile.

Pro condotte piene. — Una Commissione arbitrale composta dei sigg. avv. Gino Ciani presidente, dottori Bosi di Treviglio e Giani di Palazzuolo, presidente della sezione tosco-romagnola dell' A. N. M. C., Benvenuti cav. Paolo, sindaco di Roccasancasciano, Torquato dott. Nanni, sindaco di Santa Sofia, dopo discussione avvenuta a Galeata stabiliva che dovessero mantenersi le condotte a tutta cura a Galeata, a Rocca ed a Santa Sofia, elevando lo stipendio a lire 4300.

La Commissione emise pure il suo giudizio sulle condotte di altri comuni della Romagna e Toscana.

La deliberazione adottata prova come possano incontrarsi gravi difficoltà nella trasformazione delle condotte piene in residenziali.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3753) *Pensioni - Visite collegiali.* — Il Dottor M. G. da G.S chiede conoscere se dopo una visita collegiale, che ha riconosciuta la infermità come contratta in servizio ma suscettibile di guarigione, ne possa essere sperimentata altra a distanza di sei mesi per assodare la guaribilità o meno del male e se, qualunque sia il pronunziato del secondo collegio possa eventualmente essere esclusa la causa di servizio, che fu ammessa la prima volta.

Crediamo che ben si possa invocare un nuovo pronunziato di collegio per accertare la guaribilità o meno della malattia. Questa seconda visita non può riportarsi alla prima e completarla, ma deve essere ritenuta come affatto separata e distinta. La legge ammette una sola visita collegiale e non due: epperò se si è creduto chiederne una seconda, occorre che questa sola valga e si produca alle autorità competenti pel nuovo esame della domanda di collocamento a riposo. Non è da escludere che la seconda visita possa, a differenza della prima, non ammettere la causa di servizio. Non vi è mezzo per modificare tale responso; se ha documenti e prove irrefutabili potrebbe, però, Ella attenuarne o modificarne gli effetti allegando i documenti prescritti dall'articolo 60 del Regolamento 9 marzo 1899, n. 121.

(3754) *Medico ospedaliero - Stabilità.* — Il Dottore R. S. da T. espone che, egli medico di ospedale, aveva obbligo di conferma di triennio in triennio, che dopo la prima conferma fu il posto soppresso ed egli si allontanò in primo tempo per infermità ed in appresso recandosi all'estero. Sono passati ora tre anni. Desidera conoscere se abbia ancora aperta la via a ricorso alle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato od in linea straordinaria al Re.

Stando al capitolato, l'amministrazione era libera di non confermarla pel terzo triennio, ancorchè il posto non fosse stato soppresso. Ora, alla distanza di tre anni, non può più reclamare.

(3755) *Medico interino - Rimborso contributi indebitamente pagati.* — Il Dott. A. N. da C. desidera conoscere quale mezzo abbia per ottenere il rilascio del mandato che il Comune. dopo avere deliberato la restituzione dei contributi indebitamente pagati pel Monte pensione, si rifiuta di rilasciargli.

L'unico mezzo di ottenere l'intento si è quello di richiedere alla G. P. A. il rilascio del mandato di ufficio, trattandosi, in base alla deliberazione già emessa e resa esecutoria, di debito liquido ed esigibile.

(3756) *Pensioni.* — Al Dott. T. D. M. da M. I. rispondiamo che gli saranno valutati 10 anni di precedente servizio. Ora potrebbe contare 13 anni di servizio. Dovrebbe prestarne altri 12 per compiere i 25 prescritti. Che se preferisse invocare l'applicazione in suo favore della legge del 1910, avendo già compiuto i 60 anni di età e 25 d servizio, potrebbe rimanere inscritto solo cinque anni, e liquidare in base alla sua età ed a 20 anni di servizio, costituiti dal quindicennio che si riscatta e dai cinque anni di inscrizione. Se sarà iscritto in base alla legge del 1909 non dovrà annualmente pagare che il solo contributo, senza alcun premio di riscatto: se sarà inscritto, invece, in base alla legge del 1910, dovrà pagare nel quinquennio una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire.

(3757) *Farmacista fornitore del Comune - Se una decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato possa essere impugnata presso la Cassazione per ragione di competenza.* — Al Dott. D. L. da V. P. che ci interpella su tali argomenti rispondiamo: Il farmacista che somministra i medicinali per poveri non può essere consigliere comunale pel disposto dell'articolo 23 della vigente legge comunale e se la somministrazione fu assunta dopo la elezione, decade dalla carica. L'incompetenza per ragione di materia poteva essere proposta e dichiarata in qualunque stato della causa dinanzi alle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato. Ciò non fu fatto, nè fu dichiarata d'ufficio come ne avrebbe avuto facoltà la sezione adita. La relativa decisione può essere per incompetenza impugnata presso la Cassazione perchè questa, in più riscontri, non ostante che l'art. 40 del testo unico 17 agosto 1907 parli di assoluto difetto di giurisdizione, ha ritenuto essere in tale dicitura compresa anche la semplice incomaetenza. Il termine è di giorni 90 dalla notifica.

(3758) *Pensioni.* — Al Dott. F. M. da V. che ci interpella su tale argomento diciamo che per la legge sulle pensioni dei medici anziani potrebbe riscattare quindici anni di precedente servizio. Dovrebbe, però, pagare entro il decennio una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire. Si possono fare versamenti volontari in misura limitata cioè, non oltre la somma di lire 400 annue. Con 25 anni di servizio e 60 di età, liquiderebbe l'annua pensione di lire 1119.

(3759) *Aumenti sessennali.* — Il dott. A. M. da S. R. chiede conoscere se, ottenendo un aumento di stipendio superiore al decimo sessennale, il periodo di tempo per conseguire tale sessennio resti prorogato.

Ottenendo il prospettato aumento di stipendio, resta prorogato il termine per lo acquisto del diritto all'aumento sessennale.

(3760) *Condotta piena - Riduzione.* — Il Dottor G. D'A. da C. chiede conoscere se i medici condotti hanno facoltà di ricorrere per la soppressione della cura piena in caso di eccedenza della sovrimposta, se la soppressione della spesa facoltativa importi modifica del capitolato e se la quota di stipendio relativa al servizio obbligatorio possa subire falcidia o riduzione.

Il medico condotto non ha, come tale, veste per ricorrere contro la condotta piena in caso di eccedenza. Lo può solo come contribuente. Il ricorso su carta da bollo da centesimi 60 deve essere indirizzato alla G. P. A. La soppressione della spesa facoltativa non importa modifica del capitolato. La quota assegnata come compenso della spesa obbligatoria non può subire, per qualsiasi causa, riduzione o falcidia.

(3761) *Servizio di supplenza - Stabilità.* — Il Dott. E. S. da G. chiede conoscere se il servizio da lui prestato come supplente medico condotto possa essere computato nella prova, avendo egli in seguito conseguita regolare nomina in base a concorso.

Il periodo di supplenza non può essere ritenuto come prova perchè supponesi che durante il medesimo il medico non abbia esercitato l'ufficio in tutta la estensione della sua portata ma solo saltuariamente ed in modo limitato.

(3762) *Pensioni.* — Il Dott. F. M. da V. chiede se essendo medico condotto ed essendo pagato da una locale opera pia, che non versa alcun contributo per monte pensione, possa inscriversi a questo.

Dal momento che Ella disimpegna servizio di condotta in luogo e vece dei medici comunali, può bene iscriversi alla Cassa di previdenza, profittando del contributo che paga il Comone. Se intende poi avvalersi della legge sulle pensioni dei medici anziani e riscattare 15 anni di servizio precedentemente prestati, dovrebbe sobbarcarsi a pagare entro un decennio una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire, oltre al contriboto ordinario in lire 132 annue.

(3763) *Elenco dei poveri.* — Il Dott. P. D'A.

chiede conoscere quale mezzo legale esista per obbligare il Comune a formulare l'elenco dei poveri.

In vista di quanto Ella espone, diciamo che non vi è altro mezzo che quello di notificare al Comune atto legale di protesta per ottenere l'adempimento entro un mese, sotto comminatoria di danni, in linea giudiziaria.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

BELLUNO. *Ospedale civile.* — A tutto il 20 aprile medico-chirurgo secondario, L. 1400, alloggio, L. 4 per ogni guardia (i secondari in servizio sono tre), ripartizione sulle tasse d'ingresso dei dozzinanti privati, nette di R. M. Nomina biennale. Rivolgersi all'Amministrazione.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto per i poveri, per la durata di un solo anno a titolo di esperimento, salvo conferma del Consiglio comunale, senza la quale s'intende licenziato, con lo stipendio lordo di L. 2000. Descrizione dei titoli in doppio elenco.

CAGLIARI. *Ospedale civile.* — Concorso per titoli e per esame ad aiuto alla sezione chirurgica; L. 1200. Rivolgersi alla segreteria. Scad. 16 aprile.

CAMAGNA (*Alessandria*). — Condotta L. 1600 aument. a L. 1800, in corso d'approvazione, e 4 sessenni; l. 100 quale uff. sanit. Scad. 18 aprile.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Tre condotte; L. 3000 lorde ; L. 700 per obbl. cav. ; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza, a carico dei cittadini ; due sessenni.; L. 500 annue alla prima condotta per le mansioni di uff. san.; altri proventi. Scad. un mese dal 16 marzo.

CORNO (*Como*). *Brefotrofio Provinciale.* — Medico ostetrico-aiuto. Aperto il concorso per titoli fino al 26 aprile prossimo venturo. Stipendio L. 2400, lorde di R. M., aumentabili di un decimo per tre sessenni. Età massima anni 32. Rivolgersi Deputazione Provinciale di Como.

CRESPINO (*Rovigo*). — Condotta piena 2° reparto; L. 1800 e L. 200 quale uff. san.; servizio dell'ospizio comunale e ambulatorio a trimestri alterni con l'altro sanitario. Scad. 4 maggio. Servizio entro 10 giorni.

DOVADOLA (*Firenze*). — Cura piena; L. 4000 lorde e 2 sessenni di 500, L. 100 aument. a L. 200 se abilitato o sia in seguito abilitato all'ufficio di uff. sanit., L. 600 d'indennità cavalc. Assicurazione. Scad. 22 aprile.

GAVORRANO (*Grosseto*). — A tutto il 20 aprile, condotta per Scarlino, tutta cura; L. 4000, tre sessenni del ventesimo; non obbligo cavalc.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde. Scad. 20 maggio.

* GRADOLI (*Roma*). — Condotta; L. 2650 pei poveri, L. 1350 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde. Scad. 35 giorni dal 29 marzo.

* GRAFFIGNANO (*Roma*). — Condotta ; L. 3500 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, lorde; tre sessenni; L. 200 quale uff. san., L. 200 per l'arm. farm. Ab. 1200 circa. Scad. un mese dal 20 marzo.

GRAZZANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotta; L. 1200 aument. e L. 100 quale uff. san. Abit. 1895. Rivolgersi Segreteria Comunale.

LUMEZZANE PIEVE (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000 lorde, più 100 come uff. san.; 2 sessenni; esonero cav. Ab. 2340. Scad. 30 aprile.

MIRANDA (*Campobasso*). — Condotta per i poveri: L. 600, L. 100 quale uff. sanit. e L. 50 pel servizio ostetrico. Scad. 14 aprile.

MONTARGENTARIO (*Grosseto*). — Condotta piena per Grotte Portercole; L. 3000 lorde e 3 quinquenni di un decimo; abit. 2000. Scad. 30 aprile.

* MONTONE (*Perugia*). — A tutto il 30 aprile, tutta cura; L. 3000 pei poveri, con due sessenni, L. 800 per gli abbienti, L. 200 quale uff. sanit.: esonero cav. che dovrà essere offerta dagli interessati. Due mesi di tempo, dopo la nomina, per assumere il servizio.

NAPOLI. *R. Università.* — Concorso per esame al posto di assistente della clin. ostetrica (legato Tarsitani. L. 600 annue per un biennio, salvo altra conferma biennale). Rivolgersi al Rettore. Scad. 15 maggio.

OLEVANO ROMANO (*Roma*). — 2ª condotta L. 2200 pei poveri e L. 1150 quale quota facoltativa per gli agiati, L. 50 quale uff. san., lorde. Scad. 40 giorni dal 16 marzo.

PERUGIA. *Università degli studi.* — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

POZZOMAGGIORE (*Sassari*). — Condotta per i poveri (250 famiglie circa); L. 2000. Scad. 20 aprile.

ROCCAMONTEPIANO (*Chieti*). — Condotta piena; L. 3300 lorde, obbl. serv. uff. sanit. e tenuta arm. farm. Scad. 20 aprile.

ROMA *Ministero della Marina.* — 20 tenenti medici; età massima 30 anni. Scad. 20 aprile. Gli esami cominceranno il 5 maggio.

ROMA — *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma.* Concorso per 40 posti di assistente medico-chirurgo. Chiedere annunzio alla segreteria. L. 20 di tassa d'esame. Scadenza ore 12 del 25 aprile.

SANT'ANASTASIA (*Napoli*). — 3 condotte; L. 1200 lorde ciasc. Scad. 30 aprile.

SAPONARA di GRUMENTO (*Potenza*). — Condotta; L. 1400 pei poveri e 1050 per gli abbienti, nette di R. M., L. 100 per uff. san. Età limite 50 anni. Scad. 28 aprile.

** TRESIVIO (*Sondrio*). — A tutto il venti aprile concorso alla condotta piena di Pendolasco. Stipendio L. 4,000 nette da R. M., compreso assegno di Ufficiale Sanitario, con tre sessenni.

VENEZIA *Comune.* — A tutto 30 aprile concorso per titoli a medico vice-ispettore sanitario; L. 4500 aumentabili del decimo per quattro quinquenni. Sei anni di laurea e quattro di assistentato. Età massima anni 40, salva eccezione re-

golamentare e la facoltà del Consiglio Comunale di derogarvi. Nomina per due anni, salva conferma definitiva. Divieto esercizio professionale privato.

VERONA. *Maternità provinciale.* — Ostetrico-assistente: Stipendio L. 1400 e alloggio. Età massima 32. Pratica microscopica. Scadenza 20 aprile. Schiarimenti dalla Direzione.

« Il sottoscritto sindaco rende di pubblica ragione che il bando di concorso, circa la condotta medico-chirurgica di questo Comune, del 22 corrente, rimane disdetto per l'adempimento di altre formalità di legge.

Saponara di Grumento, 30 marzo 1913.

Il sindaco: R. Caputi ».

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazion Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Il concorso al posto di dirigente del gabinetto radiografico dell'Ospedale S. Matteo di Pavia è stato boicottato dalla Società Italiana di Radiologia Medica e dalla Federazione delle Associazioni Medici Ospitalieri. I colleghi che avessero presentato la domanda di concorso sono frattanto invitati a ritirarla, per dovere di solidarietà ed a tutela della dignità professionale.

Il Consiglio direttivo della Federazione fra le Associazione del personale addetto alla vigilanza igienica, preso in esame il programma di concorso per un posto di ispettore igienista bandito dal comune di Torino in data 24 marzo 1913, all'unanità delibera la necessità del suo intervento a tutela del decoro della classe; e, riserbandosi di far pratiche presso quella amministrazione per un equo miglioramento economico del personale sanitario addetto a quell'ufficio d'igiene, proclama intanto la diffida del suaccenato concorso onde esso non possa avere corso utile fino a che l'amministrazione non ne abbia, d'accordo con la Federazione, modificato le condizioni.

Delibera inoltre la comunicazione del presente ordine del giorno agli interessati e la pubblicazione nella stampa politica e sanitaria, facendo appello alla solidarietà dei colleghi per la difesa e tutela degli interessi morali ed economici della classe.

Nomine, promozioni e onorificenze.

NAPOLI. — Nella tornata del 7 febbraio u. s. il Consiglio degli ospedali riuniti ha approvato gli atti del concorso a 13 posti di coadiutori aggiunti in medicina, negli ospedali Incurabili e Riuniti. Sono stati dichiarati vincitori del concorso i dottori: 1. Candela Mercurio; 2. Bazzicalupo Guglielmo; 3. Petitti Vincenzo; 4. Patricelli Vincenzo; 5. Primavera Arturo; 6. Fienga Gino; 7. Cicconardi Giuseppe; 8. Ciaramella Enrico; 9. Lombardi Antonio; 10. Cominelli Alfredo; 11. Di Giovine Nicola; 12. Cedrangolo Ermanno; 13. Cacciapuoti Giambattista.

TORINO. — Il dott. Lattes Leone è abilitato alla libera docenza in medicina legale.

LETTERE DA PARIGI

Uso dell'ipecacuana nella pratica infantile. — Da una comunicazione fatta all'Accademia di Medicina (seduta del 25 marzo) dal dott. Rousseau St. Philippe, si rivela che i colagoghi, e sopratutto l'ipecacuana, sotto forma di tintura, a piccole dosi, possono rendere dei grandi servizi in pediatria.

Spesso si notano nei bambini da 18 mesi a quattro anni dei disturbi digestivi accompagnati da fenomeni gravi di carattere generale. Qualunque ne sia la causa, tre sintomi principali sono sempre presenti in questi casi: anoressia, stitichezza e emissione intermittente di materie fecali muco-membranose.

L'antisepsi chimica resta senza effetto. L'esperienza dimostra che tali disturbi sono dovuti ad arresto di funzione del fegato, alla mancanza di secrezione biliare, che porta nocumento alla digestione e alla nutrizione generale.

In tutte queste contingenze è sufficiente favorire la secrezione biliare per ottenere sovente dei risultati sorprendenti.

Cura dell'atassia locomotrice. — Nella stessa seduta, il dott. Dupuy comunica i risultati da lui ottenuti nella cura di questa malattia della quale, egli crede che la sifilide non sia sempre il fattore causale. Egli cita dei casi nei quali il trattamento mercuriale intenso ha portato a conseguenze disastrose.

Su 17 malati curati dal Dupuy e rientrati in gran parte nel loro sistema di vita ordinario due almeno non sono mai stati sifilitici.

Prima di ogni altra cosa bisogna, secondo Dupuy, stabilire un regime alimentare che assicuri una nutrizione normale e la funzione regolare degli organi gastro-intestinali: tutti i suoi malati erano in genere dei dispeptici gravi.

Ottenuto il buon funzionamento dell'apparecchio digestivo, Dupuy prescrive lo ioduro potassico a dose più o meno alta. Poi dopo qualche settimana di cura, sostituisce allo ioduro l'arsenico. Quando i dolori sono troppo forti bisogna calmarli, ma ricorrendo raramente alla morfina e sopratutto non lasciando mai tale rimedio nelle mani del malato che diverrebbe fatalmente morfinomane. Dupuy trova giovamento per calmare i dolori dall'impiego dell'exalgina, antipirina, canape indiano, ma sopratutto dall'uso del fosforo. Qualche volta piccole dosi bastano ad arrestare le crisi dolorose.

È necessario applicare ai tabetici i bottoni di fuoco almeno due volte la settimana. Ma bisogna che l'oliva del termocauterio sia riscaldata a bianco. Se riscaldata a rosso, anche a rosso ci-

liegia, aderisce alla pelle, la brucia, la distrugge e provoca dolore e piaga, mentre scaldata a bianco non produce nessuno di questi inconvenienti ma è tuttavia efficacissima.

Sieroterapia antitetanica. — Nell'ultima seduta della Società di chirurgia (19 marzo 1913) i dottori Pothérat e Thierry hanno fatto il processo contro alla profilassi del tetano a mezzo del siero antitetanico. Il dott. Pothérat ha ricevuto nella sua corsia un individuo con frattura della gamba esposta e con fuoriuscita del frammento superiore. Il ferito, portato all'ospedale immediatamente dopo l'accidente (investimento) ebbe la ferita medicata. L'indomani subì una iniezione di 10 cmc. di siero antitetanico.

Nei giorni seguenti la ferita non mostrava alcuna tendenza alla ricostituzione, pur non presentando suppurazione, la temperatura si manteneva verso i 39°. Al quinto giorno il paziente presentava dei sintomi tonici e clonici e l'indomani morì in piena sindrome tetanica.

L'iniezione è dunque restata inefficace, ma il dott. Pothérat si domanda se essa non fu forse troppo tardiva.

Quanto al dott. Thierry, egli fa osservare che la sua pratica ospitaliera gli dimostra che il tetano viene, se deve venire, malgrado le iniezioni preventive di siero. Egli cita anche il caso d'un individuo che si era punto con una spina di cui una parte era rimasta nella ferita. Estratto il corpo estraneo e praticata una iniezione di siero antitetanico, l'individuo morì egualmente di tetano più tardi.

Il dott. Thierry ha abbandonato l'uso delle iniezioni di siero antitetanico e disinfetta le piaghe al cloruro di zinco con risultati eccellenti.

Non è da molto tempo che si accumulano delle prove contro l'impiego del siero antitetanico come misura preventiva per lo sviluppo del tetano nelle ferite contuse e imbrattate; fino ad oggi l'iniezione di siero antitetanico era in grande favore. Tuttavia non basta la testimonianza di pochi fatti per distruggere una presunzione basata su delle esperienze di laboratorio assolutamente probanti. Soltanto una larga statistica potrà recarci il sussidio necessario al giudizio. Per il momento è consigliabile di continuare l'uso prudente delle iniezioni preventive di siero, pur tenendo pronto, per servirsene al primo apparire dei sintomi tetanici, quel sussidio terapeutico preconizzato dalla scuola di Roma, combattuto un tempo da molti clinici ma che va raccogliendo, coll'appoggio dell'esperienza ora fattane in tutti i paesi, un numero sempre crescente di suffragi.

Certificati medici in materia di sport. — Data l'importanza e lo sviluppo raggiunto in tutto il mondo dalle manifestazioni sportive, l'argomento è interessante. Da qualche anno le federazioni sportive andavano constatando che i certificati medici comprovanti una malattia di un campione si ottenevano con troppa facilità e che con quel semplice mezzo i professionisti dello sport evitavano di soddisfare a degli impegni, sovente retribuiti già prima della prova.

La Federazione francese di boxe ha dovuto giudicare un ricorso dell'impresa contro il « boxeur » Gunther. Questi si era presentato alla visita medica di controllo la vigilia della prova e, dichiarato in perfetto stato di salute, aveva assunto l'impegno di intervenire l'indomani per la prova.

Ma il giorno del match, alle 16 manda a dire che essendo malato non potrebbe misurarsi con l'avversario per la sera. Il direttore della riunione sportiva avendo rifiutato di riconoscere per buona tale scusa, alle nove di sera il boxeur manda un certificato medico che comprova come Gunther fosse affetto da fosfaturia. La commissione medica riunita dalla Federazione sportiva alle domande se era possibile che dopo le quattro, in seguito al rifiuto del direttore di accettare la scusa, un medico avesse potuto riconoscere l'esistenza della fosfaturia a tempo perchè il certificato inviato a mezzo della posta pneumatica arrivasse al luogo della riunione alle nove, ha risposto all'unanimità: « In pratica le cose non si svolgono in questo modo ».

Alla domanda seguente: « Ammettendo che il medico avesse potuto stabilire e dosare la fosfaturia in quel breve spazio di tempo, si può supporre che tale fosfaturia, che permetteva al Gunther la vigilia di assicurare al medico di controllo di trovarsi in perfetto stato di salute, e pronto a sostenere il match, lo mettesse poi solo 24 ore dopo nell'impossibilità fisica di misurarsi col campione avversario », la commissione medica ha risposto *no* all'unanimità.

Per tali motivi il Gunther è stato sospeso per la durata di tre mesi dal potersi presentare come « boxeur » in Francia, in Inghilterra, a New York, nel Belgio.

Noi comprendiamo benissimo l'importanza assunta in questi ultimi anni dallo sport della boxe, e sappiamo che ogni combattimento produce un movimento di parecchie centinaia di migliaia di lire, giacchè i posti si pagano fino a 50 e 100 franchi per persona e i boxeurs guadagnano somme enormi, ma, con il beneplacito della Commissione medica, osserviamo che, per noi, ha avuto torto. O il certificato medico era falso, ed allora bisognava procedere per falso contro il medico diso-

nesto che lo aveva redatto, o, come è più che probabile, era vero, e in tal caso non restava che inchinarsi dinanzi all'evidenza, giacchè un uomo che viene improvvisamente a conoscere di essere affetto da fosfaturia, poche ore prima di sostenere una prova così dura come quella di un assalto di boxe, nel quale è mestieri possedere la pienezza assoluta dei propri mezzi fisici per trionfare dell'avversario, può venirsi a trovare se non in uno stato di inferiorità fisica, per lo meno in uno stato morale inibitorio con necessaria diminuzione della resistenza organica.

Oh! quei farmacisti! — Fa il giro dei giornali una storia che sembrerebbe una storiella se non fosse delle più autentiche. Un signore, curato mirabilmente da un medico parigino, invitava per ricoscenza il sanitario in una sua proprietà campestre, per passarvi le vacanze di Pasqua. Arriva la risposta del medico, ma scritta con una di quelle calligrafie che soltanto i medici osano impiegare: onde il proprietario riconoscente non era in grado di raccapezzarsi per scoprire se il medico avesse o no accettato l'invito. Venuto a Parigi per affari, pensò che il miglior modo per scoprire l'arcano sarebbe stato quello di rivolgersi a un farmacista, abituato a decifrare i più svariati sgorbi delle ricette. Entrato adunque in una delle prime farmacie, che non nominiamo, domanda al farmacista se gli fosse stato possibile decifrare lo scritto in questione. Il farmacista prende la lettera, si ritira nel suo laboratorio e ne esce dopo qualche tempo porgendo una bottiglia al signore attonito: « Ecco la ricetta spedita, sei lire e ottantacinque centesimi compreso il recipiente ». Il farmacista non aveva capito niente ma non s'era perduto d'animo: se si rivolgevano a lui, doveva certo trattarsi di una ricetta e, nel dubbio, *aqua fontis*....

Dott. GOD.

NOTIZIE DIVERSE

Lega Nazionale Italiana contro la tubercolosi.

La Giunta esecutiva della Lega ha diramato la seguente circolare:

Presso tutte le nazioni civili esiste una Lega Nazionale per la lotta contro la tubercolosi; i rappresentanti delle Leghe nazionali costituiscono la Lega Internazionale, che ha Ufficio centrale permanente a Berlino.

Al lavoro delle Leghe Nazionali e della Lega internazionale si deve lo sviluppo che ha raggiunto il movimento antitubercolare negli ultimi anni e il complesso di opere sociali, in virtù delle quali la mortalità per la tubercolosi viene diminuendo in ogni nazione proporzionalmente col numero e l'efficacia delle provvidenze sociali adottate.

Grazie all'attività dei benemeriti cittadini e al concorso del Governo, anche l'Italia figura fra le Nazioni rappresentate nel grande consesso internazionale contro la tubercolosi; ma da noi la Lega Nazionale non ha finora effettivamente funzionato.

Dare vigore a tale istituzione è un dovere politico imprescindibile, è un dovere sociale improrogabile, ora che il recente Congresso internazionale contro la tubercolosi ha scosso l'opinione pubblica e ha rivelato a noi stessi che l'attività antitubercolare in molte parti d'Italia si svolge rigogliosa.

Il prof. Guido Baccelli, Presidente dell'antica Lega e Presidente del recente Congresso, si è fatto iniziatore della nobile impresa, chiamando a coadiuvarlo il prof. Augusto Tamburini Presidente dell'Alleanza delle opere antitubercolari in Roma, e il prof. Vittorio Ascoli Segretario del Congresso.

Il loro invito trovò molte autorevoli e calde adesioni. Una numerosa riunione presieduta da Baccelli determinò le norme statutarie fondamentali dell'Associazione rinnovata e diede incarico ai tre promotori di scegliere altre sei persone per costituire la prima Giunta Esecutiva della Lega Nazionale contro la tubercolosi.

Assumendo questo ufficio i sottoscritti si rivolgono a tutte le forze individuali e collettive che in Italia possono cooperare ai benefici intenti della Lega: quello di promuovere gli studi sulla tubercolosi e quello di provvedere ad una larga organizzazione della difesa sociale.

La Lega non raggiungerà il suo scopo se non troverà simpatica accoglienza in tutti gli ordini della cittadinanza: senza la concorrenza di numerose e forti energie non si risolve un problema grandioso come quello della prevenzione della tubercolosi. Esso non si circoscrive, infatti, alle misure dirette a preservare l'uomo dal germe specifico, ma investe tutto il problema sociale, mirando al rinvigorimento degli individui e al miglioramento del vivere civile.

La Lega non vorrà intralciare o interferire l'opera di quante libere iniziative (Comitati, Federazioni, Alleanze, ecc.) esistono o siano per sorgere in questo campo; lascerà che ognuna mantenga la sua fisionomia e con autonomia intenda ai suoi fini e abbia modo di comunque esplicare la propria azione. I rapporti fra la Lega e le varie Istituzioni affini assumeranno quella entità e quella forma che l'esperienza verrà sug-

gerendo e che l'Assemblea generale vorrà determinare.

La Lega Nazionale viene per dare impulso alle ricerche scientifiche sulla tubercolosi, per coordinare le linee direttive della difesa contro questa malattia, per attivare la propaganda, per ottenere dallo Stato provvedimenti legislativi, per provocare dai pubblici poteri l'appoggio morale e finanziario alle Istituzioni che contribuiscono alla lotta antitubercolare: volgerà insomma ad unità di intenti le forze che intendono a singoli scopi della lotta contro la tubercolosi.

Tutti gli individui, che sono animati dallo spirito di solidarietà contro le cause che minano l'esistenza umana, debbono unirsi a noi in questa lotta: tutte le Istituzioni che intendono al risanamento sociale debbono far convergere l'azione loro contro il flagello della tubercolosi.

Noi abbiamo assunto il solo ufficio di preparare questa grande unione di tutte le anime buone, di tutte le volontà coscienti; esse preciseranno poi le modalità dell'azione. Un simile movimento in altri tempi non sarebbe stato forse facile in Italia; ma troverà piana la via ora che da tutti meglio si comprende il valore dei problemi igienici e sociali, e che si sente e si apprezza di quanta forza sia capace la fusione di tutte le energie Nazionali.

Il successo coronerà certo l'opera nostra che dalla Capitale si espanderà in tutto il Regno. Tutti uniti daremo così anche all'Italia una Lega Nazionale contro la tubercolosi, che guidi ed intensifichi tutto il lavoro nostrano e partecipi degnamente al consesso delle nazioni civili.

Con questa fiducia attendiamo la vostra adesione.

Giunta esecutiva:
Prof. Guido Baccelli; on. Teobaldo Calissano; prof. Augusto Tamburini; prof. Ettore Marchiafava; comm. Vincenzo Magaldi; marchesa Elena Lucifero; on. Emilio Maraini; on. Salvatore Barzilai; prof. Vittorio Ascoli.

Il I Congresso internazionale per l'educazione fisica

si è svolto a Parigi dal 17 al 20 marzo sotto gli auspici della Facoltà di medicina.

E' stato splendidamente organizzato dal presidente del Comitato prof. Gilbert e dal segretario generale prof. Weiss il quale fu efficacemente assistito dal segretario aggiunto dott. Dausset. Il successo ha sorpassato ogni aspettativa.

Gli organizzatori hanno mostrato le loro tendenze sperimentali sostituendo alle abituali e sterili discussioni, e in larga misura, delle sedute dimostrative atte a far risaltare i vantaggi e gl'inconvenienti comparativi di ogni metodo. Parecchie dimostrazioni hanno avuto luogo nelle sezioni, mediante il cinematografo; ma la maggior parte sono state fatte al Velodromo invernale, alla piscina dell'« Automobile-Club », alla caserma dei pompieri, al ginnasio Huygens ed hanno conferito al Congresso la sua vera originalità.

Hanno reso possibile, infatti, di raffrontare metodi d'educazione fisica molto dissimili tra loro nello spirito, per tentare di fissarne le indicazioni.

Tra i metodi che hanno maggiormente attirato l'attenzione vanno specialmente menzionati quello svedese ispirato da Ling, quello fisiologico di Demeny, quello ritmico di Dalcroze, quello naturale del comandante di marina Hébert — il quale ultimo ottiene dei risultati meravigliosi sovratutto dagli adolescenti —, la ginnastica ellenica di Duncan, il metodo inglese, il metodo eclettico italiano. Ammirate furono le squadre femminili di Torino.

Idea direttiva degli organizzatori è stata la necessità che gl'insegnanti dell'educazione fisica abbiano il medico a collaboratore. E quest'idea è stata accolta largamente negli ambienti sportivi.

Al Congresso è stata annessa un'Esposizione.

Nel resoconto preliminare le sole relazioni occupano 450 pagine! E' questo un difetto comune a tutti i Congressi: manca una selezione e i temi si sparpagliano in diverse sezioni, senza che sussista alcuna coordinazione. E poi alcuni speculatori s'installano nelle sezioni per far risaltare la loro réclame e vantare il successo riportato: l'ironia negativa di questo successo resta sottintesa...

Tra le principali questioni trattate segnaliamo: l'organizzazione dell'educazione fisica nelle scuole, con le relazioni di Weiss, Mery, Sluys, Genst, Foineau, Dews; l'educazione fisica femminile, trattata da Danjou; la ginnastica respiratoria, con le relazioni documentate di Gommaerts e di Rosenthal; la classificazione di tipi morfologici secondo Thooris e Sigault; la cura delle scoliosi; l'educazione fisica dei tardivi; ecc.

Una bella conferenza del prof. Pinard alla Sorbona sull'avvenire della razza umana ha fatto viva impressione nel pubblico già preparato dal culto degli esercizi fisici a comprendere l'importanza della puericoltura. B.

Il XIV Congresso internazionale contro l'alcoolismo

fissato dal 22 al 28 settembre, si terrà a Milano, nella Villa Reale, cortesemente messa a disposizione dalla amministrazione di Casa Reale.

Per accordi intervenuti con il Presidente del Consiglio, il ministro degli Esteri ha diramato gli inviti agli Stati esteri a mezzo dei nostri ambasciatori e ministri.

Personalità eminenti dei vari paesi hanno già accettato di riferire sui vari temi. Il Congresso verrà inaugurato dal prof. Ettore Marchiafava, dell'Università di Roma, con una conferenza sul tema: « Patologia dell'alcoolismo ». Una giornata del Congresso verrà specialmente dedicata al tema: « Rapporti fra la lotta contro l'alcoolismo e gli interessi della viticoltura », tema che verrà discusso verso la fine di aprile in una riunione che si terrà in Roma fra il Comitato d'azione, del quale fa parte l'on. Luzzatti, e i rappresentanti il Comitato agrario nazionale, la Società degli agricoltori italiani e la Società dei viticolturi italiani, nelle persone degli on. Fumarola, Ottavi e Carlo Ferraris.

L'VIII Congresso nazionale della Società italiana di patologia

si è tenuto a Pisa dal 25 al 27 marzo.

L'inaugurazione ebbe luogo nell'aula Magna alla Scuola medica con l'intervento delle autorità e di molti invitati.

Aprì il Congresso il prof. Supino, direttore dell'Ateneo; parlarono poi l'on. prof. Queirolo, il sen. Buonamici, sindaco della città, e il senatore prof. Foà, presidente del Congresso.

I lavori scientifici furono attivissimi e proficui.

Per i bambini malarici.

La benemerita « Associazione pro bambini malarici » si è adunata in via del Colosseo, in un'ampia sala del « Protettorato delle fanciulle povere ».

La Presidente signora Giuseppina Ferrai-Regis fece una chiara relazione sommaria dell'opera dell'istituzione, che nello scorso 1912 ha intensificata la sua attività, ha aumentati i propri mezzi e perciò ha più che raddoppiato il numero dei bimbi curati al sanatorio di Rocca di Papa.

Chiuse la relazione con sentiti ringraziamenti a quanti si adoperarono pel buon esito fin qui ottenuto dall'Associazione e segnatamente al Ministro dell'interno e al comm. Lutrario, Direttore generale della Sanità, al Ministro dell'istruzione e al comm. Corradini, ai Ministri dell'agricoltura, delle finanze, della guerra del tesoro e delle poste, al prof. Galli, al dott. Pagliaro, alla dottoressa Gasca Diez, al prof. Grilli ecc.

Il prof. Giulio Galli, direttore della Clinica medica al Policlinico Umberto I, fece un'accurata relazione medica mettendo in evidenza i grandissimi benefici conseguiti dai bambini curati nel Sanatorio, e diede alcuni utili suggerimenti pel progressivo miglioramento dei mezzi onde ottenere risultati sempre più efficaci.

Il prof. B. Gosio, direttore del laboratorio di Sanità del Regno, fece a sua volta una profonda ed elegante relazione sull'andamento morale, traendo i migliori auspici per l'incremento e lo sviluppo dell'Associazione.

La signora Enrichetta Chiaraviglio-Giolitti, vice-presidente dell'Associazione, riferì intorno alle pratiche compiute per l'erezione di un ospedaletto nell'Agro romano, pratiche che fanno presagire prossima l'attuazione tanto necessaria e tanto desiderata di questo nuovo mezzo di lotta antimalarica.

La signora dottoressa Gasca Diez tessè gli elogi dei metodi di assistenza e dell'andamento del Sanatorio.

Il cav. Enrico Rossi riferì sull'andamento finanziario che grazie al favore ed alle simpatie generali onde fu accolta e funziona l'associazione, e grazie alla più scrupolosa parsimonia amministrativa, può dirsi soddisfacentissima.

Presero parte alla discussione sulle varie relazioni il dott. comm. Jatta, il comm. Chiari, il prof. Grilli Gaetano, il comm. Orsini, la signora Orsini, la contessa Pironti, la signora Petroni, il prof. maggiore Cosco, i dottori Buffa, Maggiora e Vivaldi, il signor Cassese e altri.

Dopo l'adunanza, guidati dalla signora Chiaraviglio-Giolitti, i convenuti visitarono il Protettorato delle fanciulle povere, diretto dalla signora Giacchino, e il vicino Convitto Nazionale femminile diretto dalla signora Rigamonti, due istituzioni veramente moderne e inappuntabili, precipuamente dovute alla sapiente attività e al senso pratico della signora Chiaraviglio-Giolitti.

La Croce Rossa in Libia.

Il prof. Pietro Tria ha tenuto nel vasto salone del Politeama di Tripoli, per incarico del Comitato locale, una conferenza sulla Croce Rossa italiana in Libia. V'intervennero il comm. Menzinger, il sindaco Hassuna pascià e tutte le autorità civili e militari. Erano presenti moltissime signore.

Il presidente del comitato, prof. Onorato, espose quanto la Croce Rossa ha già compiuto nella Libia durante il mese da che venne fondata.

Il Prof. Tria con forma magistrale e sintetica rievocò le gentili figure delle donne d'Italia, umili infermiere nell'ora del pericolo e delle battaglie; e col traboccante impeto della sua eloquenza, indicò le molteplici missioni che sono squisitamente femminili e che le donne d'Italia debbono perseguire in Libia, perchè alla bella gesta di guerra succeda la gesta di silenzio, la vittoria senza grido, la gloria tacita, cantate dal Poeta.

Per Amerigo De Murtas.

Nel bollettino militare del 5 aprile che pubblica le onorificenze concesse per la guerra di Libia, è compreso anche il conferimento della medaglia d'argento al valor militare alla memoria del tenente medico dott. Amerigo De Murtas.

L'Ospedale Mauriziano di Torino.

Il 3 corr. all'Ospedale mauriziano di Torino è stato aperto all'esercizio il padiglione Carle, donato dal senatore all'ospedale e intitolato al suo compianto figlio Vico.

Alla cerimonia intervennero, ricevuti dall'onorevole Boselli, segretario del Gran magistero, dal comm. Usseglio e dal comm. Lanza, direttore dei servizi ospitalieri, il prefetto sen. Vittorelli, il rappresentante del sindaco, il generale Segato, i senatori D'Ovidio, Cibrario, Bertetti, Angelo Rossi, Foà, Daneo e Albertini, il prof. Pagliani per l'Università, il procuratore generale Pais per la magistratura, il comm. Bacchialoni, il sindaco di Chiusa di Pesio, patria del senatore Carle, i professori Graziadei e Battistini dell'ospedale, le autorità, notabilità mediche e molte signore.

L'on. Boselli pronunziò un breve discorso, plaudendo al dono del sen. Carle e della sua consorte Adele Abrate e ricordando la partecipazione di S. M. il Re all'inaugurazione fatta nello scorso dicembre e ringraziò le autorità e gli altri intervenuti.

La rubrica della beneficenza.

Riportiamo dall'«Avvenire Sanitario» le seguenti informazioni.

Il dott. cav. Angelo De Vincenti, morto giorni sono nella Clinica chirurgica di Pavia, dove era stato operato dal prof. Tansini di appendicite complicata dalla presenza di un tumore addominale, ha lasciato 200,000 lire da ripartire fra varie istituzioni di beneficenza e di pubblica utilità: agl'Istituti clinici di perfezionamento per l'istituzione di un corso di chimica biologica, lire 10,000; all'Ospedale maggiore per la sezione neuropatologica, 40,000 e per la Biblioteca Biffi, 5000; all'Istituto per gracili in Salice, 15,000; all'Asilo Regina Elena, 15,000; all'Istituto per la cura climatica in Berzonno, 5000; alla Poliambulanza di via Arena in Milano, 5000; al Pellagrosario di Inzago, 5000; al Patronato pei pazzi poveri, 3000; ecc.

La compianta signora Luigia Porta di Milano ha istituito erede universale del suo patrimonio, di lire 70,000, l'Ospedale Maggiore.

A Padova il signor Luigi Cappellari, noto industriale, ha lasciato la sua sostanza, che si fa ascendere ad oltre mezzo milione, all'Istituto dell'Infanzia Abbandonata.

La Cassa di Risparmio di Modena, nell'occasione della revisione dei propri bilanci, ha delibe-

rato di elargire circa 43,000 lire in beneficenza, sopratutto sussidiando istituti pii e di educazione.

La Banca Popolare agricola di Lodi ha, nella stessa occasione, destinate alla beneficenza circa 18,000 lire.

La signora Antonietta Carminati De Brambilla, vedova dello scienziato cav. prof. Cesare Staurenghi — morto a Monza pochi mesi or sono — ha voluto provvedere ad uno fra i più imtanti ed urgenti bisogni di quell'Istituto Spedaliero, divergendo i due legati già istituiti dal compianto di lei consorte a favore dell'Istituto stesso ed obbligandosi a fornire in proprio la considerevole maggior somma, circa lire 30,000, occorrente alla costruzione di un nuovo ampio padiglione per ammalati poveri.

Il comm. Eugenio Bona, ex deputato di Biella, morto di questi giorni a Torino, ha disposto nel suo testamento molti lasciti tra cui 50,000 lire all'ospedale di Biella e 3000 lire all'Ospizio marino biellese.

Il cav. Egidio Lombardo, morto a Lodi nei passati giorni, ha disposto per i seguenti legati in beneficenza: Ospedale Maggiore lire 22,000; Congregazione di carità 11,000; Cura marina lire 1000; Associazione contro la tubercolosi lire 1000; Orfanotrofi lire 5000; ecc.

Corso di ortopedia.

Nel corrente mese di aprile il prof. Curcio, docente di ortopedia e direttore dell'Istituto ortopedico Ravaschieri in Napoli, inizierà un corso privato di ortopedia e pediatria chirurgica per i medici pratici.

Il corso durerà un mese e sarà tenuto nell'Istituto suddetto.

Per la tutela dell'infanzia.

La sezione di Rovigo dell'A. N. M. C., col pieno appoggio della Presidenza centrale, nei giorni 18 e 19 maggio p. v. terrà un « Convegno dei medici condotti della regione veneta » allo scopo di stabilire le norme scientifiche e pratiche che il medico condotto deve mettere in opera per la tutela dell'infanzia.

Il problema, dal punto di vista igienico e sociale, alla soluzione del quale il Governo si appresta con nuovi disegni di legge, con regolamenti ecc., è della massima importanza.

Il tema ufficiale del convegno sarà:

« L'opera del medico condotto per la protezione dell'infanzia » (Esposti; Orfani; Figli di carcerati; Allattamento; Brefotrofi; Lattari; Case di custodia: Asili e giardini d'infanzia; Deficienti; Ospizi marini; Colonie alpine; Casse di maternità; Lavoro dei fanciulli; Patronati; Mutualità scolastica ecc.), e ne sarà relatore il dott. Antonio Matteucci, presidente della sezione di Rovigo.

Il Consiglio di presidenza della sezione e il Comitato ordinativo (presieduto dal prof. Pirro Bolognini) fanno calda preghiera a tutti i medici condotti della regione Veneta, per avere il loro valido contributo alla soluzione dell'importante problema, pregandoli vivamente di inviare memorie, comunicazioni, progetti, regolamenti ecc., entro il 20 aprile al dott. Antonio Matteucci, Badia Polesine. Si prega pel 20 di mandare anche soltanto il titolo della memoria.

Interverranno al convegno, presentando memorie originali, i migliori pediatri della regione, ed è assicurato l'intervento di alte personalità cliniche italiane.

Nel primo giorno destinato al convegno avverrà l'inaugurazione del padiglione infantile presso l'Ospedale civile di Rovigo, a cui tutti i convenuti avranno libero accesso.

Il convegno è libero a tutti; non vi ha alcuna tassa d'inscrizione e saranno mandati i moduli opportuni pei ribassi ferroviari a chi ne farà richiesta all'Ufficio di segreteria a Rovigo, palazzo De Paoli, ordine dei sanitari.

Corso d'igiene in un seminario.

Il dott. Pinzani, ufficiale sanitario e direttore dell'ospedale civico di Fano, ha tenuto un ciclo di conferenze sull'Igiene e i pronti soccorsi nel seminario di quella città.

Una dottoressa perito.

In un processo svoltosi alla Corte d'Assise di Milano la dottoressa Noseda di Como, assunta come perito della difesa, sostenne che l'imputata — una moglie tradita che vitrioleggiò la rivale — aveva agito in istato di follia sentimentale. Questa tesi fu accolta dal perito d'accusa professor Crisafulli e dai giurati i quali mandarono assolta l'imputata.

Chirurghi in aereoplano.

Il chirurgo sen. Reymond, presidente del Comitato nazionale francese dell'aviazione, dovendosi recare da Buc (presso Versailles) ad un villaggio (presso Compiègne) per eseguirvi un'operazione, fece uso quale mezzo di trasporto di un monoplano. Era accompagnato da un altro chirurgo che lo assistette durante l'intervento. Questo riuscì perfettamente. Poi con lo stesso mezzo gli ardimentosi operatori tornarono all'aerodromo di Buc.

Conigli all'acido fenico.

A Genova sono stati sequestrati alcuni conigli le cui carni emanavano odore di acido fenico. Le indagini della P. S. avrebbero portato a supporre che provenissero da una clinica ove erano serviti per esperienze scientifiche.

Morte in cloronarcosi.

Un processo in più istanze si è svolto a Parigi contro l'Ospedale della Pitié; era intentato dalla vedova di un operaio morto durante la somministrazione di cloroformio per l'asportazione di un lipoma dalla mano destra.

L'ospedale è stato assolto e la vedova condannata alle spese.

L'ultima sentenza, redatta dal presidente della Corte di Cassazione di Parigi, è un modello di equanimità e di sapienza giuridica. T.

Si è spento in età di 60 anni il prof. **Raimondo Guaita**, fondatore dell'Ospedale dei bambini di Milano. Diresse anche l'Ospedalino di Malta. Fu un lavoratore indefesso, una mente aperta, un cuore d'oro! Il suo nome resterà legato a molti lavori d'igiene, di clinica e di terapia. A. S.

Rassegna della stampa medica.

Americ. Med., genn. HALL. « L'Allium sepa e l'Allium sativa nella cura della polmonite e della tubercolosi polmonare ». — HOUGHTON. « De senectute ».

La Pediatria, 12. BIZZARRI. « Sul valore diagnostico del sintomo di Pastia ».

La Semana Médica, 23 genn. SERRALLACH. « Le nuove orientazioni nella prostatectomia ». — DELFINO. « Alcoolismo e degenerazione ».

Il Movim. San., 15-31 genn. JATTA. « I portatori di germi del colera ».

La Liguria Med., 1 feb. CALCATERRA. « Gangrena simmetrica delle estremità ». — BAECCHI. « Reazioni cromatiche differenziali fra latte di donna e latte di mucca ».

La Clin. Med. It., genn. BERTOLINI. « Ricerche fisico-chimiche sull'espettorato con speciale riguardo all'e. pneumonico ». — SIVORI, CAFFARENA e CORRADI. « Sierodiagnosi elmintiche ». — MORELLI. « Nuovo metodo per differenziare gli essudati dai trasudati ». — CANTIERI. « Decorso termico della pneumonite crupale nei malarici ».

Policlinica, genn. REIG. « Sinfisi pericardio-periepatica ». — FILLOL. « La rigenerazione del sangue nelle anemie ».

Giorn. di Med. Mil., 11-12. SALVATORE. « Le malattie osservate a Derna fra le nostre truppe ». — PERASSI. « Le formazioni erniarie da smagliature peritoneali ». — VIRGALLITA. « Sulla cura rapida delle linfadeniti suppuranti e degli ascessi ».

Münch. Med. Woch., 4 febbr. HOFMEISTER. « Sulla chirurgia del coledoco ». — SAATHOFF. « Tireosi e tubercolosi ». — FLATOW e BRUNELL. « Sulla determinazione dell'urobilina ».

Bull. de la Soc. de l'Internat, genn. PESETER. « La ginnastica respiratoria col processo della bottiglia ».

Gazz. d. Osp., 4 febbr. MANTELLI. « Ricerche anatomiche a proposito dell'ernia pettinea ».

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 1 febbr. BALFOUR. Febbre emoglobinuria con corpi di Leishman ».

Pathologica, 1 febbr. MANTELLI. « Esperienze sul trapianto dei reni ». — LORENTI. « Sulla unicità del complemento. — ABBO. « Ricerche fisicochimiche sul contenuto gastrico ».

Riv. di Ig. e San. Pubbl., 1 febbr. MAFFI. « Bacilli di Koch endocellulari nello sputo tubercolare ».

La Policlinique, 1 febbr. STEINHAUS. « Epidemiologia e profilassi del colera ».

Lucina, 1 febbr. PAZZI. « Per la profilassi dell'aborto criminoso e dell'infanticidio ».

Galicia Méd., febbr. NÒVOA. « Iperglicemia e acetonuria ».

Berl. Klin. Woch., 3 febbr. BRUNTON. « Malattie funzionali delle arterie ». — HESS. « Influenza della pressione sul coefficiente di viscosità del sangue ».

Jahresk. f. ärztl. Fortb., febbr. « Numero concernente le malattie della circolazione e della respirazione ».

Gaz. d. Hôp., 4 febbr. CAMUS e DUMONT. « Euforia delirante dei tubercolotici ».

La Sem. Méd., 5 febb. SÉZARY. « Le sindromi surreno-muscolari ».

Wien. Klin. Woch., 6 febbr. FREUND e KAMINER. « L'azione chimica dei raggi Roentgen e del radium sui carcinomi ». — EXNER, HEYROVSKY, FRISCH, FRAENKEL. « Acquisizioni della chirurgia da guerra ».

Le Bull. Méd., 5 febbr. MALHERBE. « Cura delle deviazioni del setto nasale con lo spezzettamento sotto-mucoso ».

La Presse Méd., 5 febbr. H. CHABANIER, ROLLIN e E. CHEBANIER. « L'azione del rame colloidale sul sangue ».

Gazz. d. Osp., 6 febbr. LASTARIA. « L'allacciatura meccanica in chirurgia ».

Deut. Med. Woch., 6 febbr. GOTTSCHALK. « Le cause e la cura degli scoli dai genitali muliebri ». — BRAUN. « Sulla profilassi antidifterica ». — ZIEMANN. « La coltura *in vitro* dei parassiti malarici di terzana »

Gazz. d. Hôp., 6 febbr. BOIDIN. « Stato meningeo all'inizio di una paratifoide B grave e prolungata ».

The Lancet., 8 febbr. SWAN. « I tumori del rene ». — FOULERTON. « Infezione da streptothrix ».

Med. Klinik., 8 febbr. EICHHORST. « Intossicazione da piombo e malattie del midollo osseo ». — LEWIN. « Calotropis procera, nuovo cardio cinetico ».

Arch. gén. de Méd., febbr. MATHIEU. « Il metodo Kuhn (maschera aspiratrice) ».

Paris Méd., 8 febbr. COMBE. « Cura della dispepsia albuminosa ». — LAFFORGNE. « Infezione da bacilli di Eberth ed enterococci simulante una melitococcia ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. *Roma, 20 aprile 1913* Fasc. 16

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Le ferite prodotte dalle moderne armi da fuoco portatili da guerra nei vari tessuti ed organi.

Per il tenente generale medico P. IMBRIACO
libero docente.

Dopo lo studio (v. fasc. 4 del 1913) delle lesioni che i moderni proiettili di piccolo calibro producono, secondo le varie *velocità residue* onde sono animati, non sarà inutile riassumere le lesioni stesse, secondo le varie parti del corpo colpite.

Lesioni delle parti molli.

a) *Pelle, tessuto cellulare sottocutaneo, aponeurosi, muscoli, tendini.* — Coi moderni proiettili le ferite semplici dei tessuti molli rappresentano il tipo delle ferite ad evoluzione benigna, ammenochè non vi si complichi una lesione arteriosa o nervosa.

Le *contusioni* sono eccezionali, perchè alle ordinarie distanze del tiro il proiettile di piccolo calibro conserva ancora sufficiente forza viva e di penetrazione per vincere la coesione dei tessuti: si possono avere, quando il proiettile abbia incontrato una forte resistenza, oppure quando batta non di punta, ma di traverso. Talvolta si tratta di *contusioni indirette* prodotte, cioè, non dal proiettile, ma da oggetti di abbigliamento, di equipaggiamento, ecc. da esso urtati e spinti contro la superficie cutanea. Del resto, le alterazioni sono, in generale, limitate e di poca entità; solo a livello di organi splancnici importanti e delicati si possono avere, anche coi proiettili di piccolo calibro, effetti contusivi più o meno notevoli.

Ricordo appena le ferite a *doccia*, che provengono dai colpi tangenziali e che, di solito, sono lesioni lievi. Invece, devo fermarmi alquanto sulle ferite a *canale*, le quali, anche colle armi attuali, possono essere a *canale completo* od a *fondo cieco*.

I tragitti a *fondo cieco* s'incontrano oggi raramente, e sono determinati, come è facile intendere, da tutte quelle circostanze che deprimono la forza di penetrazione della pallottola. Matignon (1) riporta una statistica riguardante i feriti dell'esercito giapponese in Manciuria, dalla quale emerge il 19 % di canali incompleti.

Non occorre dire che la permanenza del proiettile o di altri corpi estranei è complicazione frequentissima di queste ferite.

(1) MATIGNON. *Enseignements médicaux de la guerre russo-japonaise.* Paris, 1907.

I *canali* completi, le così dette ferite a *setone* presentano qualche particolarità degna di nota sia negli orifici di entrata e di uscita, sia nel tragitto percorso dal proiettile.

L'*orificio di entrata* ha forma circolare con margini netti, quando il proiettile colpisce di punta e perpendicolarmente alla superficie di contatto della pelle; è ovalare, ellittico, quadrangolare e più o meno irregolare, se il proiettile batte obliquamente o di traverso, od ha perduto la sua integrità di forma. Il diametro è inferiore a quello del proiettile: la cute sotto l'urto si deprime e si distende ad imbuto e non cede se non quando resta superato l'indice di sua elasticità, oppure un piano resistente sottoposto ne impedisce l'ulteriore distensione; avvenuta così la perforazione, i margini di questa si avvicinano per l'elasticità del tessuto ed il diametro s'impiccolisce. Alle brevi distanze la soluzione di continuo cutanea si effettua rapidamente, prima che l'elasticità degli elementi abbia potuto permettere la completa distensione della pelle colpita. Ciò spiega il fatto che *il diametro dell'orifizio cutaneo d'entrata tanto maggiore, quanto minore è la distanza del tiro, e viceversa:* v. Coler e Schjerning videro che i fori cutanei d'entrata, prodotti dal Mauser tedesco di 8 mm., a 100 m. avevano il diametro di 7.5 mm., a 2000 m. solo di 5.7 mm.; e nella guerra russo-giapponese i forami d'entrata del proiettile del fucile Arisaka di 6.5 mm. erano talvolta così piccoli, che difficilmente si sarebbero potuti rintracciare senza le indicazioni fornite dal ferito medesimo. L'orificio d'entrata presenta i margini arrovesciati all'indentro, ed una zona bruna, larga 2-3 mm., attorno alla perdita di sostanza.

La *ferita d'uscita* è di solito più grande di quella d'entrata, ed ha i margini rovesciati in fuori. È spesso costituita da una fenditura semplice o a raggi senza perdita di sostanza, piuttosto che da un foro rotondeggiante. Se un osso è stato colpito e fratturato comminutivamente, la ferita d'uscita sarà più ampia e più irregolare, e si potranno avere anche più perforazioni per i frammenti dell'osso o dello stesso proiettile spinti al di fuori.

Le dimensioni rispettive dei forami d'entrata e d'uscita hanno formato oggetto, in passato, di vive discussioni. Oggi, coi proiettili di piccolo calibro e poco deformabili, la questione ha perduto d'importanza: la ferita d'uscita ha caratteri differenti da quelli del forame di entrata e perciò non è confrontabile con esso. In ogni caso, anche quando coesiste una lesione ossea, se fra l'osso e la pelle è interposto uno strato abbastanza spesso di parti molli, la perforazione cutanea di uscita non sarà così estesa ed irregolare come coi proiettili di medio calibro e non *rivestiti*.

Il *tragitto* è quasi sempre *rettilineo:* le armi moderne hanno fatto sparire le ferite *contornanti* ed hanno resi eccezionali i tramiti curvilinei ed a linea spezzata. Si verificano piuttosto, con frequenza, tragitti lunghissimi attraversanti, lungo l'asse maggiore, un arto intero od il tronco; sono parimente frequenti i tragitti molteplici non solo per colpi diversi riportati dallo stesso individuo, ma anche per un colpo trasversale od obliquo del medesimo proiettile: possono restare così perforati ambidue gli arti inferiori ed anche le due cosce e lo scroto.

Il proiettile, perforata la pelle, incontra diversi strati di tessuti molli e duri; vediamo brevemente, per ora, come si comportano i tessuti molli.

Nel tessuto *cellulo-adiposo* sottocutaneo, inelastico, la pallottola scava un canale cilindrico, delle stesse sue dimensioni: i lobuli grassosi sono distrutti, ed al loro posto rimane una perdita di sostanza.

Nella *fascia fibrosa* sottostante, provvista di fibre elastiche, ma meno che la pelle, l'orificio è più piccolo del diametro della pallottola ed è rappresentato, per lo più, da una fenditura lineare variamente diretta a seconda della incidenza del proiettile e della direzione delle fibre.

Nei *muscoli* le lesioni variano non solo per le distanze, il modo d'incidenza, le dimensioni e la deformabilità del proiettile, ma altresì secondo che il muscolo è colpito in direzione longitudinale o trasversale a quella delle sue fibre e secondo il suo stato funzionale. Nei colpi paralleli alla direzione delle fibre il proiettile agisce dissociando le fibre stesse e produce tramiti stretti; al contrario, nei colpi perpendicolari risultano perforazioni, la cui ampiezza e forma sono principalmente in rapporto col numero e colla retrattilità delle fibre recise. I proiettili di piccolo calibro cagionano, bensì, lesioni muscolari più limitate, ma i tragitti sono, di solito, più o meno irregolari, frastagliati e tortuosi, riempiti di poltiglia muscolare mista a sangue.

I *tendini* facilmente sfuggono all'azione dei piccoli proiettili. Le perforazioni avvengono nei grossi tendini, assumendo, per lo più, l'aspetto di fenditure senza perdita di sostanza; i piccoli

tendini possono essere anche completamente recisi. Per colpi tangenziali non sono infrequenti le ferite a doccia.

Dupuytren ed altri autori ritenevano che il tragitto scavato dagli antichi proiettili nelle parti molli fosse un cono cavo colla base al foro di uscita; oggi invece si può dire che presenta forma e dimensioni diverse a seconda dei tessuti colpiti. Procedendo dalla pelle, la soluzione di continuo si allarga nel cellulare sottocutaneo; si restringe nell'aponeurosi superficiale; si allarga di nuovo, e più o meno irregolarmente, nelle masse muscolari; assume la forma di una fenditura nella fascia aponeurotica corrispondente al forame di uscita, ed infine fuoriesce dalla cute producendovi, d'ordinario, pure una fenditura raggiata senza perdita di sostanza.

Nei colpi di rimbalzo, molto frequenti nei tiri collettivi, e quindi in guerra, e nei colpi che avvengono quando il proiettile si è già deformato od ha perduto la sua posizione *balistica*, le ferite possono presentare gli aspetti più vari e le più grandi irregolarità. Dei caratteri che assumono le ferite delle parti molli, e specialmente il forame di uscita, allorchè si accompagnano con lesioni ossee esplosive, ho già parlato nel precedente articolo.

Coi proiettili *affusolati* sembra, secondo gli esperimenti di Fessler (1) e di altri, che i disordini delle parti molli siano più considerevoli. Per altro, i fori di entrata e di uscita sono più piccoli di quelli prodotti dai proiettili *ogivali*.

Infine, devo fare un rapido cenno delle ferite per colpi a *bruciapelo*. Il De Sarlo (2) che ha avuto opportunità di osservare parecchi casi di queste ferite prodotte dal nostro fucile mod. 1891, ne ha ben descritti i caratteri. Sono ampie lacerazioni cutanee, quasi esangui, con estesa distruzione delle parti molli profonde e fratture comminutive delle ossa. Il De Sarlo, a ragione, le rassomiglia alle ordinarie ferite lacero-contuse: carattere distintivo costante è una larga zona di annerimento attorno alla soluzione di continuo di entrata. Nella produzione di queste ferite è da tener conto del proiettile *gassoso* — costituito dai gas della carica — aggiunto al proiettile *solido*.

Corpi stranieri. — Non sarà inopportuna una breve menzione dei corpi estranei che sono una non infrequente complicazione anche delle ferite prodotte dalle moderne armi.

Possono essere costituiti: dal proiettile stesso o da frammenti di esso; da proiettili indiretti, come pezzi di legno, pietre, ecc.; da oggetti di equipaggiamento, e da ritagli di stoffe vestimentarie.

L'arrestarsi degli attuali proiettili nei tessuti è relativamente raro, ed una condizione che maggiormente li favorisce, è l'urto contro un osso resistente: nei tiri al disotto di 1000 metri può dirsi eccezionale. Di regola, il proiettile ed i suoi frammenti s'incontrano nelle ferite a fondo cieco, ma i ritagli vestimentarî si trovano anche nelle ferite *a setone* delle parti molli.

Colle antiche pallottole, si poteva avere come un *tappezzamento vestimentario* del canale della ferita; il che spesso era causa di suppurazioni prolungate e di altre gravi complicazioni. Ora, il piccolo diametro, la forma acuminata, la poca deformabilità permettono al proiettile di perforare gli oggetti che incontra, senza staccarne che minime particelle, e perciò i piccolissimi frammenti di stoffa che penetrano nella ferita, hanno una limitata importanza sotto il punto di vista della infezione.

Anche questi frammenti si fermano a preferenza là dove il proiettile incontra maggiore resistenza; tuttavia sono una complicazione più frequente che non sembri a prima vista. Reverdin (1) afferma che quasi tutte volte che il proiettile passa a traverso le stoffe vestimentarie, produce una ferita complicata con minuti ritagli della stoffa. Nè i filamenti si arrestano alla superficie, ma, secondo le osservazioni specialmente di Karlinski e di Tavel, penetrano anche profondamente in un raggio di due e più centimetri.

Un corpo *estraneo*, che può dirsi immancabile nelle ferite a *stampo*, è il frammento di pelle distaccato dalla pallottola all'orificio di entrata.

Molte ricerche sono state praticate per stabilire se i ritagli vestimentari siano o no apportatori di microbi patogeni nelle ferite, e se, in ogni caso, tali microbi siano causa di complicazioni infettive. Pfühl, Fraenkel, Karlinski, Fonlhaber, Tavel ed altri hanno studiato sperimentalmente la questione. Io mi limito a dire che, secondo siffatti studî, un gran numero di ferite di guerra per armi da fuoco portatili sono contaminate dai ritagli vestimentarî; però *queste ferite possono*

(1) v. TH. WEIS. *Les blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement*. Nancy, 1912.

(2) DE SARLO. *L'azione vulnerante del fucile italiano di piccolo calibro nei colpi a bruciapelo*, Gior. di med. mil., 1912.

(1) J. L. REVERDIN. *Leçons de chirurgie de guerre*. Genève, 1910.

ancora decorrere come se fossero amicrobiche, ammenochè circostanze speciali, non esclusa l'influenza di una medicatura impropria, non favoriscano lo sviluppo di batteri rimasti vivi nella profondità dei tessuti.

b) *Vasi sanguigni.* — Non ostante il piccolo calibro, che *teoricamente* dovrebbe rendere più facile ai grossi vasi di sfuggire all'azione dei proiettili moderni, la frequenza delle ferite vasali sembra maggiore che all'epoca delle pallottole sferiche, le quali spesso contornavano i tubi arteriosi non producendovi che delle contusioni o delle abrasioni.

I proiettili di piccolo calibro incontrando una arteria, la perforano o vi producono una ferita laterale oppure la recidono. Nelle ferite arteriose delle grandi cavità viscerali, in cui le condizioni dell'emostasi spontanea sono assolutamente sfavorevoli, la morte per emorragia avviene quasi fatalmente, come nei tempi passati. Quando è ferita un'arteria considerevole degli arti, la sorte del ferito dipenderà molto dalla estensione della lesione delle parti molli, e, più precisamente, dalle dimensioni del tragitto e degli orifici di entrata e di uscita. Se questi sono stretti e l'arteria ferita è situata profondamente, l'emostasi spontanea sarà relativamente facile, e non si verificherà l'emorragia esterna; potrà anche restare inosservata la lesione vasale fino alla comparsa di un aneurisma o di un'emorragia secondaria o della cancrena dell'arto. Qualora invece sia ferita una arteria superficiale *considerevole* e la ferita si accompagni con effetti esplosivi, l'emorragia potrà essere fulminea, ed il ferito soccombere sullo stesso campo di battaglia.

È caratteristica nelle lesioni arteriose per armi di piccolo calibro la frequenza degli *aneurismi consecutivi.* Ciò è stato costantemente osservato nelle ultime guerre.

Colle pallottole *affusolate,* secondo le esperienze del Fessler, le emorragie sarebbero più frequenti e più gravi, essendo la punta *acuminata* adatta più di quella *ogivale* a ledere i vasi.

Nelle arterie si possono avere delle *abrasioni* interessanti più o meno la spessezza della parete vasale, quando il proiettile striscia tangenzialmente sul tubo arterioso. Si hanno anche semplici *contusioni*, ma queste si verificano solo nelle circostanze, che rendono deficienti la forza viva e quella di penetrazione, specie se l'arteria, per la sua posizione anatomica, si trovi come schiacciata fra il proiettile ed un piano resistente.

Le contusioni arteriose, secondo il loro grado, possono dar luogo ad alterazioni consecutive più o meno rilevanti: la trombosi è una delle conseguenze più frequenti.

Nelle ferite per colpi di rimbalzo ed in quelle complicate con un focolare di frattura comminutiva, le lesioni dei vasi sono irregolari, atipiche, specie se, come spesso avviene quando coesiste la frattura, sono cagionate da schegge ossee.

Le *ferite delle vene* hanno molta analogia con quelle delle arterie, ma hanno assai minore importanza. L'emorragia può essere grave solo quando sono lese le grosse vene viscerali o del collo o della radice degli arti; nelle lesioni dei grossi tronchi vicino al cuore, devesi tener presente anche la possibile *introduzione dell'aria* nella vena ferita.

Nell'era preantisettica seguiva quasi fatalmente la *flebite* colle sue gravi conseguenze;oggi è rara.

c) *Nervi.* — I nervi periferici possono essere sezionati completamente od incompletamente ed anche soltanto contusi: le antiche pallottole rotonde potevano respingere il cilindro nervoso lasciandolo illeso; ciò è difficile cogli attuali proiettili.

Anche nei nervi, come nelle arterie, la lesione può provenire da schegge ossee, da frammenti di frattura, da frammenti dello stesso proiettile: negli arti, specie nella gamba e nel braccio, la lesione di un tronco nervoso per una scheggia ossea è più facile. Queste ferite sono ordinariamente delle lacerazioni, le quali assumono carattere di speciale gravità, se la scheggia ossea o il piccolo frammento del proiettile rimane infitto nel cilindro nervoso.

La contusione è più o meno estesa e intensa non soltanto in ragione della forza viva del proiettile, ma altresì della resistenza che le parti vicine oppongono all'urto subito dal nervo. Lo *stiramento* cui il cordone nervoso va soggetto prima di rompersi, determina talvolta alterazioni anatomiche e funzionali, che oltrepassano l'area di distruzione della parte di nervo direttamente colpita.

Nelle ferite da proiettile talora la sezione è netta, ma più spesso è irregolare ed accompagnata da contusione per stiramento.

I sintomi sono *irritativi* (dolore, spasmo, contratture) ovvero *paralitici*. Qualche volta si osserva una varietà paradossale di disordini funzionali, consistente in fatti paralitici in una regione diversa ed anche lontana da quella del

nervo leso: p. es. paralisi nell'arto superiore, mentre è offeso il nervo crurale; paralisi in un braccio, mentre è leso un nervo dell'altro braccio. Sono fenomeni detti da Mittchell *paralisi per irritazione riflessa*, e che, secondo altri, entrerebbero nel dominio dell'*isteria traumatica*. In seguito a lesione di un grosso nervo periferico, ad es. lo sciatico, si possono avere disturbi generali considerevoli, come lo *shok* ed il *delirio traumatico*.

Ricordo infine le *alterazioni secondarie degenerative*, che pur possono tener dietro ai traumatismi dei nervi per colpi da fuoco.

***

Lesioni delle ossa e delle articolazioni.

a) *Ossa.* — Mi fermerò poco sulle lesioni delle ossa, avendone diffusamente parlato nel precedente articolo (v. fasc. 4 del 1913).

Nelle guerre moderne la percentuale delle lesioni ossee è aumentata: prima rappresentavano un *quinto* di tutte le ferite per armi da fuoco; ora superano il *quarto*.

Le semplici *contusioni*, anche nelle ossa sono rare; così pure le *fessure* isolate. I *solchi* o *docce* si verificano come nelle parti molli, per colpi tangenziali. Le *perforazioni* scompagnate da frattura s'incontrano ordinariamente nelle ossa spugnose e piatte, eccezionalmente nelle diafisi delle ossa lunghe. In queste le lesioni, si può dire, ordinarie sono le *fratture complete* a più frammenti.

Le *fratture diafisarie* si possono riferire a tre tipi, secondo le distanze: alle brevi distanze si hanno fratture del tipo *molto comminutivo*; alle distanze medie, fratture comminutive *per perforazione*; alle grandi distanze, fratture *per contatto*.

La prima varietà è quella delle *fratture esplosive*, nelle quali la comminuzione è estrema; l'osso è ridotto in una infinità di piccoli frammenti, proiettati nelle parti molli o spinti al di fuori.

Quando il proiettile conserva tanta forza viva da poter penetrare nell'osso a modo di cuneo, produce l'altra varietà, le fratture *per perforazione*. Queste fratture per lo più, sono complete e tanto più estese e comminute, quanto maggiore è la forza viva che possiede il proiettile, e quindi quanto minore è la distanza del tiro.

Le fratture dette da Delorme *per contatto* (1) e che costituiscono la terza varietà, possono avvenire anche alla distanza di 3000 metri e più. Esse talvolta sono incomplete, ma più spesso sono complete; e di queste la forma tipica è la frattura ad X o, meglio, ad ali di farfalla, caratterizzata da due tratti *fessurali* superiori e da due inferiori, i quali vanno a riunirsi sulla faccia opposta dell'osso alla così detta *fessura simmetrica* del Delorme o *opposta* del Bernhaupt. È il tipo fondamentale, che può presentare numerose variazioni.

Le *epifisi*, formate di tessuto spugnoso, possono, alle brevissime distanze, andare incontro, anch'esse, a fratture a più frammenti. Ma le lesioni che abitualmente vi si osservano, sono le *perforazioni*, le quali, quando la forza viva del proiettile si mantiene ancora elevata, sono accompagnate da fessure lunghe, profonde, disposte in modo da circoscrivere delle schegge; invece, alle ordinarie distanze del tiro, sono semplici o contornate da brevi fenditure raggiate.

Pressochè identiche alle lesioni epifisarie sono quelle delle ossa *corte* e delle ossa *larghe*. Fanno eccezione le ossa del cranio, nelle quali, com'è noto, si verificano, anche a notevoli distanze, effetti esplosivi molto gravi

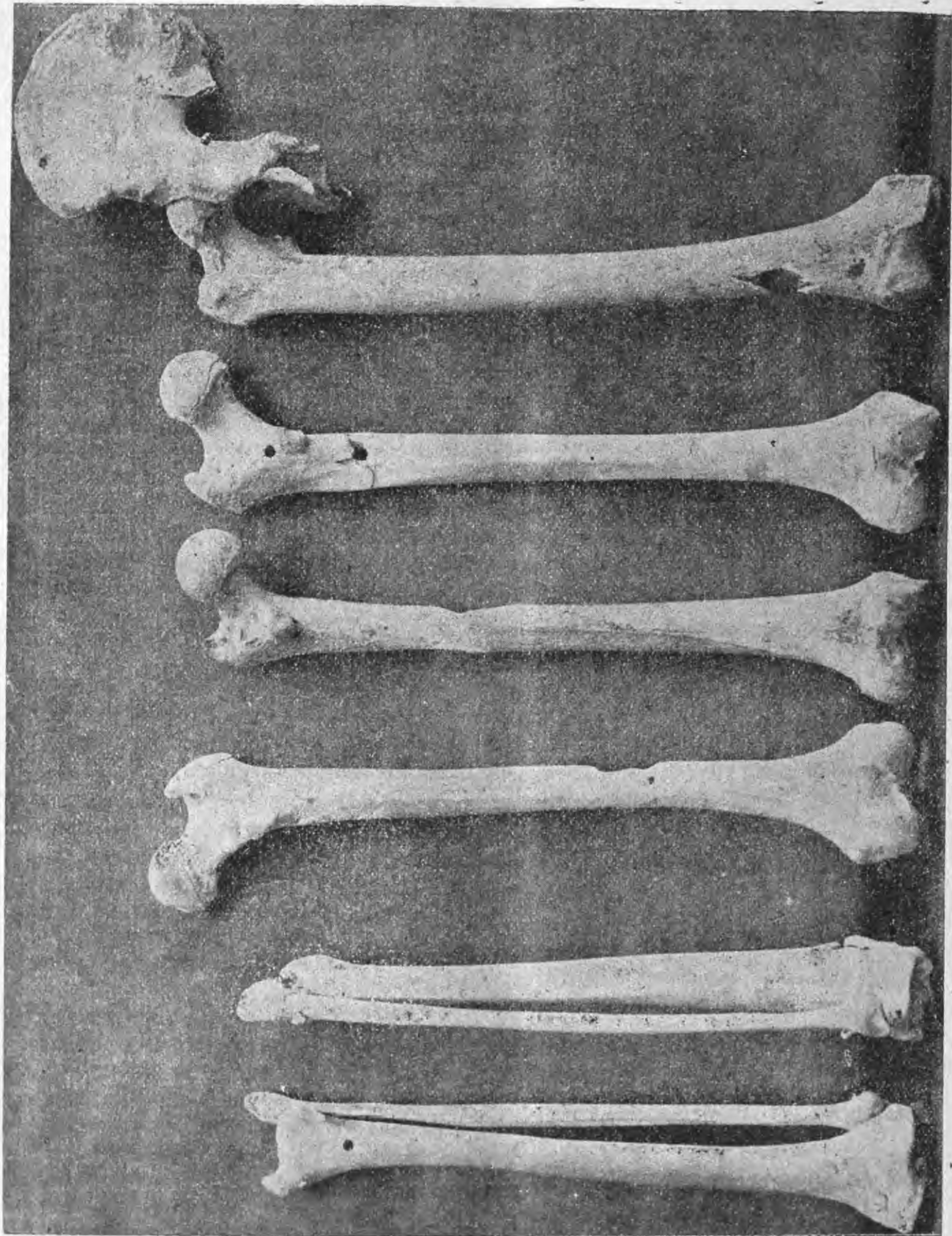
Riassumendo, coi proiettili moderni, compresi quelli *acuminati*, le lesioni ossee più gravi si hanno, come coi proiettili di medio calibro, nelle ossa tubulari; ma queste lesioni, pur essendo caratterizzate da fratture comminutive con numerose schegge, presentano focolari di frattura meno estesi e con effetti distruttivi meno pronunziati nelle parti molli circostanti.

Nella figura seguente sono rappresentate varie lesioni delle ossa degli arti inferiori, prodotte dal proiettile del fucile italiano di 6.5 mm. a 100 metri.

b) *Articolazioni.* — Poche parole sulle ferite articolari.

Le armi di piccolo calibro hanno rese più frequenti le ferite delle sole parti molli delle giunture. Nei colpi tangenziali e nei colpi trasversali la sinoviale può essere interessata, specie nei ripiegamenti che forma nelle grandi articolazioni, senza che sia leso lo scheletro articolare. Può anche, in determinati punti ed in determinate posizioni della giuntura, il proiettile passarla da parte a parte senza interessare i capi ossei. Indubbiamente, però, nella grande maggioranza dei casi, lo scheletro articolare è colpito; ed allora le lesioni dell'articolazione si confondono colle lesioni dell'epifisi, che, come abbiamo visto, sono molto meno gravi di quelle prodotte dagli anti-

(1) DELORME. *Traité de Chirurgie de guerre.* Tome 2e, Paris, 1893.

1. 2. 3. 4. 5. 6.

1. Perforazione regolare della tibia, 4 cm. al disopra della superficie articolare inferiore. — 2. Ferita a doccia, per colpo tangenziale, nella tuberosità anteriore della tibia; ferita pure a doccia dello stesso osso nella superficie articolare inferiore. — 3 Frattura comminutiva diafisaria del femore con estesa perdita di sostanza. — 4. Frattura della diafisi femorale con perdita di sostanza. — 5. Perforazione regolare un po' al disopra della linea intertrocanterica posteriore; altra perforazione contornata a fenditure, 4 cm. al disotto della prima (lesione *metafisaria* di Kocher). — 6. Perforazione regolare dell'osso iliaco poco al disotto della cresta; ferita d doccia con perdita di sostanza, 8 cm. al disopra del condilo esterno del femore.

Le alterazioni relative alle fratture comminutive (n. 3 e 4) sono poco appariscenti essendosi dovuto adoperare il gesso per ricomporre le schegge.

chi proiettili. Pertanto, oggi sono numerosi i casi di guarigione rapida, quasi inaspettata, in seguito a colpi da fuoco anche delle più grandi articolazioni.

* * *

Lesioni degli organi *cavitari*.

Anche per le lesioni dei visceri avrò poche particolarità da aggiungere a quel che ne ho detto riguardandole nelle varie zone della traiettoria del proiettile.

a) *Encefalo*. — Nella valutazione dei disordini anatomici e funzionali del cervello devesi tener conto non soltanto delle qualità fisico-dinamiche dell'agente vulnerante, ossia del proiettile, ma altresì dell'influenza che vi esercitano il liquido cefalo-rachidiano ed il sangue che riempie i vasi encefalici e meningei. Le emorragie meningee ed intracerebrali, l'aumento del liquido nei ventricoli, esercitano sul cervello una pressione dannosa per la vita e la funzione dei delicatissimi elementi nervosi, e determinano disordini anche lontani dalla parte direttamente colpita.

Nei tiri a brevi distanze si producono effetti esplosivi immediatamente mortali. Matignon racconta (1) che in una piccola *ridotta*, presa dai giapponesi nella guerra di Manciuria, molti soldati d'artiglieria russi furono trovati col cranio esploso ed in gran parte vuotato del contenuto cerebrale. Erano stati tutti colpiti dal proiettile giapponese di 6.5 mm. a 150 metri nel momento in cui avevano sporto il capo per rendersi conto dei movimenti del nemico.

Se la distanza aumenta, alle fratture comminutive della scatola ossea corrispondono ancora lesioni estese e profonde del contenuto. A distanze anche maggiori — 1400-1800 metri — la lesione, rappresentata da una doppia perforazione della scatola cranica, potrà essere apparentemente limitata ad un semplice tramite nella sostanza cerebrale, ma non si possono escludere alterazioni anatomiche e disordini funzionali estesi più di quanto non faccia supporre lo stretto tragitto tracciato dalla pallottola.

Nei colpi non perforanti bisognerà por mente agli eventuali effetti della lesione del tavolato interno dell'osso, giacchè il proiettile percuotendo la volta cranica, determina un *cono di depressione*, per cui la *lamina vitrea* è la prima a cedere, e può rimanere fratturata con fessure e schegge molteplici anche quando sia rimasto integro il tavolato esterno. Ne segue che si possono avere alterazioni endocraniche considerevoli, anche coll'apparente integrità della scatola ossea.

(1) MATIGNON. Presse médicale, 9 mars, 1907.

Nelle ferite cerebrali non è rara la presenza di schegge ossee, frammenti del copricapo ed altri corpi stranieri spintivi dal proiettile.

b) *Organi toracici: cuore, polmone*. — Alle brevi distanze, quando il cuore è colpito in diastole, presenta fenomeni esplosivi caratteristici. Se, invece, è nella fase sistolica, presenterà a tutte le distanze, perforazioni più o meno regolari coll'orifizio d'entrata circolare od ellittico, secondo l'incidenza del proiettile, e l'orifizio d'uscita più ampio, frastagliato e talora costituito da una lacerazione stellata. Si possono avere qualche volta anche perforazioni incomplete. Un colpo tangenziale può determinare una ferita a doccia senza aprire la cavità; anche un colpo diretto, in corrispondenza della punta, può essere non penetrante.

Il *polmone*, eminentemente elastico per la sua struttura e per il contenuto d'aria dei suoi alveoli, non è mai sede di fenomeni esplosivi.

I forami d'entrata e d'uscita ed i tramiti delle ferite, che vi producono i proiettili di piccolo calibro, sono netti, regolari e stretti tanto più, quanto maggiore è la distanza del tiro. Queste ferite, però, perdono più o meno i loro caratteri tipici, se il proiettile batte capovolto o di traverso — il che è più facile per i proiettili *affusolati* — oppure è deformato.

Le ferite polmonari cagionate da frammenti o da schegge ossee della cassa toracica, possono assumere una speciale gravezza, la quale fa contrasto colla relativa *benignità* delle ferite tipiche, prodotte direttamente dal proiettile.

c) *Organi parenchimali dell'addome: fegato, milza, reni*. — Non occorre dire che anche in questi organi si possono avere tutte le gradazioni delle lesioni, dalla semplice contusione alla disorganizzazione ed allo spappolamento di una parte del parenchima; ma per effetto dei proiettili moderni le più comuni lesioni sono le perforazioni.

Il fegato, per la sua sede e per il suo volume, è ferito assai più spesso — più del doppio, secondo una statistica del Siegel — della milza e dei reni.

Nei colpi vicini si verificano in questi visceri le più grandi devastazioni, soprattutto nel fegato, sino allo scoppio dell'organo ed alla proiezione del parenchima in lontananza. Coll'aumentare delle distanze, da 500-600 metri in su, le ferite si

rendono sempre più regolari e circoscritte: il foro d'entrata è rotondeggiante, contornato da fenditure stellate; il tragitto è imbutiforme colla base al forame di uscita, da cui si diramano fessure più lunghe e più profonde. Del resto, anche in questi organi le dimensioni delle ferite e il numero, la profondità e la lunghezza delle fenditure diminuiscono in ragione delle distanze.

È inutile dire che, se il proiettile ha perduta la sua *integrità di forma* o la sua *posizione balistica*, le lesioni saranno più gravi.

d) *Organi cavi dell'addome: stomaco, intestino, vescica.* — Nessun organo, come lo stomaco e l'intestino, reagisce in così vario modo all'azione dei proiettili, a seconda dello stato di vacuità o di pienezza, del vario contenuto e della varia mobilità.

Le ferite intestinali sono fra le più frequenti ferite viscerali; quelle dello stomaco ed anche della vescica sono molto più rare in guerra.

Quando lo stomaco è pieno di liquidi o di sostanze molto imbevute di liquido, si hanno effetti esplosivi più o meno pronunziati se il colpo avviene a breve distanza. A maggiori distanze si hanno le perforazioni, le quali ordinariamente sono doppie. Il foro di entrata, vario di forma, ha margini netti o con piccole fenditure raggiate, ed è più o meno stretto a seconda delle distanze. La perdita di sostanza della mucosa è od apparisce maggiore di quella degli altri due strati della parete gastrica. Il forame di uscita è più grande di quello di entrata, e più irregolare.

Nell'intestino le lesioni prodotte dai proiettili di piccolo calibro hanno molta analogia con quelle dello stomaco. Un carattere distintivo importante è il *prolasso della mucosa*, il quale, secondo gli studi sperimentali di Bonomo e Rho (1) può dirsi costante nelle perforazioni del *tenue*; manca talvolta in quelle del *colon*. Un'altra particolarità ancora più rilevante è la *molteplicità delle perforazioni*: nei colpi trasversali, da un fianco all'altro ed in quelli antero-posteriori nei dintorni dell'ombelico si possono avere sei, otto e più perforazioni intestinali.

Nell'intestino come nello stomaco la condizione di *vacuità* o non dell'organo esercita un'influenza considerevole sui caratteri e sulla estensione della lesione, anche quando i colpi avvengono oltre i 1000 metri.

(1) BONOMO e RHO. *Sulle ferite d'arma da fuoco penetranti nell'addome e loro cura.* Giorn. medico del R. Eserc., 1896.

I colpi tangenziali talvolta interessano la sola sierosa o la sierosa e la muscolare, talaltra ledono tutte le tre tuniche aprendo la cavità.

La semplice *contusione*, piuttosto rara, può, nei gradi elevati, arrivare sino alla *escarificazione* parziale o totale della parete gastrica od intestinale.

Una questione della più alta importanza è certamente quella dell'inquinamento della cavità peritoneale. Questo inquinamento può essere cagionato dal proiettile stesso che avendo attraversato il tubo intestinale o lo stomaco, lascia dei germi infettivi al peritoneo, nel suo passaggio. Ma la causa principale dell'inquinamento peritoneale è, senza dubbio, l'effusione nella sua cavità del contenuto dell'organo leso: v. Coler e Schjerning osservarono questo fatto solo nel 20 % dei casi, nelle loro esperienze col fucile Mauser tedesco; in guerra è da credere che la *percentuale* sia molto più elevata.

Quando la soluzione di continuo è piccola, può venir otturata, almeno apparentemente, dallo *ectropion* della mucosa dell'intestino; ma questa è, essa stessa ricettacolo di germi, che dissemina sul peritoneo con cui si mette in contatto

Pertanto è più esatto il dire che, a determinare la guarigione spontanea delle ferite per colpi da fuoco del tubo digerente, influisce un complesso di circostanze, le quali possono impedire e, per lo meno, circoscrivere lo spandimento delle materie intestinali nella cavità sierosa. Ed, a tale effetto, possiamo ricordare: lo stato di *vacuità* assoluta o relativa dall'intestino, e la consistenza più o meno solida del suo contenuto; le dimensioni della ferita; il contatto intimo dell'ansa lesa con un'ansa vicina o coll'epiploon o colla parete addominale; la poca mobilità della parte lesa e del ferito medesimo.

I caratteri delle ferite prodotte dai proiettili moderni favoriscono l'influenza benefica di queste circostanze; ma, per contrario, è grandemente sfavorevole la molteplicità delle perforazioni.

La *vescica* presenta le condizioni tipiche per risentire l'azione esplosiva dei proiettili, allorchè è piena; vuota, è perforata, e le perforazioni generalmente, sono regolari e di piccole dimensioni. Anche quando è distesa dall'urina, se è colpita alle medie o alle grandi distanze, le perforazioni sono tanto più regolari e strette, quanto maggiore è la distanza del tiro. Però, le ferite vescicali possono essere prodotte od aggravate da frammenti o da scheggie ossee provenienti da fratture pelviche.

Un fatto singolare notato dal Makins nella guerra sud-africana, è che le ferite extra-peritoneali della vescica si mostrarono più gravi di quelle intra-peritoneali; il che potrebbe spiegarsi coi pericoli inerenti alla infiltrazione urinosa nel tessuto connettivo sottoperitoneale e dello spazio di Retius.

***

A complemento delle considerazioni esposte negli articoli antecedenti (1) intorno al potere vulnerante ed alla efficienza bellica delle armi di piccolo calibro, lo studio, che abbiamo fatto delle lesioni da esse prodotte, ci permette di venire a queste definitive conclusioni:

1° Queste lesioni, quando interessano vasi, nervi, ossa ed organi viscerali importanti, o sono mortali o, per lo meno, nella grande maggioranza dei casi, valgono a porre il ferito nella incapacità di continuare il combattimento.

2° D'altra parte, queste stesse lesioni, se non riescono immediatamente mortali, presentano, in generale, caratteri di maggiore *guaribilità* delle lesioni cagionate dalle antiche armi. L'assenza di quelle grandi distruzioni che caratterizzavano gli effetti esplosivi delle armi prima in uso; le perforazioni cutanee ed i tramiti della ferita stretti e regolari; la poca contusione e commozione delle parti; la più rara permanenza del proiettile e di altri corpi stranieri in grembo ai tessuti, hanno contribuito non poco ad allontanare le complicazioni infettive dalle ferite di guerra e ad assicurarne, nel più dei casi, il decorso asettico. Si può dire che le nuove armi cooperino cogli attuali mezzi di soccorso e di cura, per abbassare sempre più la *percentuale* della *mortalità consecutiva* ed altresì quella delle *guarigioni incomplete.*

In tal senso, a mio avviso, va intesa l'*umanitarietà* delle armi moderne. Ed è un vero progresso, poichè, mentre esse corrispondono pienamente ai fini della guerra, concorrono ad attenuarne gli orrori, evitando tante inutili devastazioni e tanto spreco di vite umane!

(1) V Il Policlinico, sezione pratica — fasc. 9, 10, 20, 27, del 1912.

Roma, febbraio 1913.

Pubblicheremo prossimamente:

Forlì, Le psicosi nevralgiche ed emicraniche;
Tramonti, Alcune considerazioni sulla malattia di Carlo Chagas (Thyreoiditis parassitaria);
Ercolani, Alcune considerazioni sullo strapazzo mentale.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

L'insufficienza surrenale nei tubercolosi.

(E. SERGENT. *Gaz. des hôpit.*, 11 luglio 1912).

Nella autopsie degli addisoniani si trovano il più delle volte le capsule surrenali distrutte da un processo tubercolare; non sempre però la lesione è tipica ed evidente, talora si ritrova un indurimento fibroso delle capsule, la *surrenalite*, detta da Babés, *sclerotica*; tale lesione è frequente reperto delle autopsie dei tubercolosi, nei quali larga traccia clinica ha persistito durante la malattia della sindrome d'insufficienza surrenale. Ma segni clinici d'insufficienza surrenale ed entità delle lesioni anatomopatolo giche non sempre vanno di pari passo: così lesioni caseose considerevoli delle surrenali si possono trovare in individui che hanno presentato sindromi d'insufficienza lenta, la morte improvvisa invece può aversi come segno d'insufficienza acuta, fulminante con scarso reperto anatomico. Anche lesioni croniche delle surrenali possono lungamente rimanere silenziose e non rivelarsi che per un accidente acuto mortale, talora determinato da lieve e trascurabile affezione. Bisogna per spiegare tali fatti pensare ai poteri di compenso delle cellule rimaste integre nei processi cronici a carico delle glandule, si deve ricordare la presenza talora di surrenali accessorie la facilità con cui cellule che perfunzionano e lentamente intossicate da vicini processi infettivi, possono soccombere ad una piccola causa.

L'insufficienza surrenale dei tubercolosi deve essere distinta clinicamente:

1° in una prima categoria tutto il processo tubercolare si svolge a carico delle capsule surrenali. non si notano altre localizzazioni nell'organismo;

2° in una seconda categoria devono essere compresi gl'individui affetti da tubercolosi e specialmente polmonare, clinicamente dimostrabile, nei quali compaiono sintomi che riproducono completa o parziale la sindrome d'insufficienza surrenale.

La *malattia di Addison* è l'espressione più netta della prima categoria, *completa* con melanodermia cioè, od *incompleta*, frusta, come è chiamata da Dieulafoloy e Bressy, quelle forme cioè che, senza melanodermia, presentano tutti gli altri

segni dell'insufficienza surrenale (astenia, anemia dimagramento progressivo, vomito, costipazione, dolori lombari, con irradiazioni addominali, ipotensione, collasso, linea bianca surrenale). L'evoluzione delle forme fruste è più rapida che nella malattia di Addison, poichè esse sono legate a processi distruttivi delle capsule surrenali, mentre la malattia d'Addison è compatibile con lesioni glandulari attenuate e localizzate alla periferia delle glandule.

La sindrome surrenale acuta di Sergent-Bernard e tutte le forme di passaggio tra questa e le prime completano la serie delle forme della prima categoria.

Alla seconda categoria appartengono i soggetti affetti da tubercolosi, che nel decorso della loro malattia presentano sintomi più o meno accentuati, che indicano un perturbamento delle funzioni surrenali. Anche fra di essi bisogna distinguere due tipi: o il malato presenta una lieve colorazione bronzina (*addisonismo* di Boinet), o non presenta traccia di anomala colorazione della cute.

Il tubercoloso polmonare conclamato dimagra, diviene poco a poco leggermente bronzino, talora, ricercando attentamente, si trovano sulle mucose delle piccole macchie brunastre, sono delle *vere forme di transizione del morbo di Addison*, ma con questa differenza: in essi esiste una lesione polmonare grave, nell'addisoniano vero gli altri organi si mostrano indenni.

Oltre alla pigmentazione, il malato accusa una stanchezza anche più grave di quella che si può notare nei comuni tubercolosi; sopravviene anemia profonda, vera ipotensione anche più marcata che non nell'ordinaria tubercolosi.

Ma il soggetto può non presentare pigmentazione alcuna della cute, può invece essere un ipoteso (8-9-10 allo sfigmomanometro di Potain), con linea bianca surrenale, con astenia. Che un tubercoloso presenti senso di stanchezza, anemia, dimagramento noi già sappiamo, ma se tali segni sono sproporzionati con le lesioni polmonari constatate, se vi è una cachessia rapidissima, noi sospettiamo l'insufficienza surrenale, ricorriamo all'opoterapia surrenale e vediamo talora attenuarsi gli accidenti minacciosi.

Un segno, messo bene in evidenza nella sua tesi dal Sézary, caratteristico è l'amiotrofia diffusa considerevole; questi malati si consumano, essi perdono non solo il loro grasso, ma i loro muscoli, essi ischeletriscono, mentre le lesioni polmonari non sono nè gravi nè diffuse, come tante ombre essi girano così per due o tre anni e finiscono con morte subitanea, d'insufficienza surrenale acuta: all'autopsia le surrenali stridono sotto il coltello del settore, sono sclerotiche.

Troppo grave è il problema delle associazioni pluringhiandolari, ricordiamo solo le sindromi surreno-ipofisarie descritte da Renon, ed osserviamo che tutti i segni di esse si possono trovare nella pura insufficienza surrenale.

Un altro ordine di fenomeni è invece di grande interesse per noi; la ripercussione cioè dell'insufficienza surrenale sull'evoluzione del processo tubercolare.

Noi siamo convinti che la decalcificazione, studiata dal Ferrier, ha una funzione importante nella tubercolizzazione e nell'evoluzione della tubercolosi siamo convinti che la recalcificazione apporti un reale vantaggio ai tubercolosi, d'altra parte noi ricordiamo quanto può essere favorita la recalcificazione per mezzo della somministrazione dell'adrenalina, fatto clinicamente e sperimentalmente da varie parti dimostrato; la recalcificazione nei tubercolosi deve quindi essere completata con la somministrazione dell'adrenalina.

Un paziente affetto da morbo da Pott dorso-lombare, immobilizzato con un corsetto e assoggettato alla cura recalcificante adrenalinica, in tre mesi ingrassa a tal punto che si deve levare il corsetto, la lesione vertebrale non richiede più, secondo il parere del dott. Mauclaire l'applicazione di un nuovo corsetto: sappiamo d'altra parte che d'ordinario ben sei mesi in media sono necessari prima che col corsetto si possa ottenere il consolidamento e l'arresto delle lesioni ossee pottiche.

Aggiungiamo ancora il fatto da tutti osservato che nella gravidanza le capsule surrenali sono frequentemente lese: chi non ricorda i vomiti gravidici incoercibili vinti con l'opoterapia surrenale? aggiungiamo che la tubercolosi è aggravata dalla gravidanza e più specialmente dal puerperio; forse durante la gravidanza l'organismo materno per lo scheletro del feto ritiene il calcio dopo il parto elimina il calcio in quantità considerevole e l'organismo si decalcifica; tutte queste considerazioni d'indole clinica fanno pensare che la insufficienza delle capsule surrenali abbia un'influenza non indifferente sull'evoluzione della tubercolosi; è un'ipotesi, ma una ipotesi poggiata su fatti clinici e sperimentali incontrastabili.

Riassumendo, quando voi curate un tubercoloso, pensate all'eventuale partecipazione dell'insufficienza surrenale, pensate ad essa quando vi ha astenia marcata, quando v'ha amiotrofia generalizzata profonda, ipotensione accentuata, una sindrome solare, pensateci pure quando voi vi trovate innanzi ad una gravida affetta da tubercolosi.

In tre condizioni ci possiamo avvantaggiare della cura adrenalinica e dell'opoterapia surrenale:

1° Nei segni d'insufficienza surrenale lenta, nella malattia di Addison.

2° Per evitare il collasso, la morte subitanea, le insufficienze acute di cuore, dei tubercolosi; una controindicazione è l'emottisi poichè l'adrenalina è ipertensiva.

3° Per la recalcificazione, tentando così di combattere il processo evolutivo tubercolare.

T. PONTANO.

CHIRURGIA.

Gli anestetici locali.

(Dott. PLICQUE. *Le Bulletin Médical*, 16 nov. 1912).

Per la loro grande utilità pratica, è sempre utile conoscere gli anestetici locali ai quali l'esperienza più recente va confermando il primato. È considerevole il numero delle sostanze che potrebbero essere utilizzate nella anestesia locale; l'A. non si occupa di quelle che la pratica non ha dimostrato veramente utili ed innocue: esamina le indicazioni e gli inconvenienti del cloruro di metile, della cocaina assoluta o associata con l'adrenalina, della novocaina, della stovaina, della soluzione anestetica emostatica di Legrand, della soluzione di Marmouget (cocaina ed acqua ossigenata).

Il *cloruro di metile* esercita un'azione speciale dovuta al freddo. Usato sotto forma di polverizzazione diretta, se il getto è forte, può congelare eccessivamente i tessuti. Ma applicato per mezzo di un pennello fino ad imbiancare la cute, la sua azione si può graduare e localizzare secondo il bisogno. Basta dirigere a questo scopo il getto di un comune sifone dentro un bicchiere un po' stretto, raccogliere il liquido con un pennello piuttosto ruvido, e con questa toccare con una certa pressione la regione che si deve anestetizzare. Con questo metodo si può applicare il termocauterio quasi senza produrre dolore: così il termocauterio eccita una più debole reazione nervosa e più difficilmente provoca accidenti congestivi riflessi. Per le incisioni col bisturi, si imbiancherà la cute col pennello secondo la linea del taglio, premendo più o meno col pennello a seconda della profondità dell'intervento. Per l'unghia incarnata si applica in due o tre riprese tutt'intorno all'unghia e specialmente sulla matrice. La refrigerazione mediante il cloruro di metile esercita la sua azione anestetizzante anche sui tessuti infiammati. Mediante il pennello non si rischia di produrre una congelazione troppo forte capace di necrotizzare i tessuti. Il sifone di Debove è molto utile nel trattamento delle nevralgie.

La *cocaina* è stata oggetto di molte critiche, e si è proposto di sostituirla con numerose sostanze succedanee, qualcuna delle quali presenta dei vantaggi effettivi, sia per l'efficacia, sia per la innocuità. Ma essa ha sempre una grande importanza pratica.

Il Reclus ha eseguito con essa migliaia di operazioni importanti senza inconvenienti di sorta: amputazioni della mammella, ernie, appendiciti, ecc.

Bisogna però avere constantemente tre precauzioni:

1° Il titolo della soluzione non dev'essere mai superiore all'1 %, e negli interventi d'una certa estensione bisogna limitarsi al mezzo per cento.

2° Il paziente dev'essere in posizione orizzontale o quasi; difatti gli accidenti più seri si sono avuti in chirurgia dentaria, nella quale l'operato conserva la posizione assisa.

3° La cocaina non si deve mai iniettare a digiuno; dopo l'operazione, si somministri un cordiale al paziente prima di farlo alzare, e si sorvegli poi per un certo tempo, specialmente se vi fu scarsa perdita di sangue. Non si inietti mai più di 10 centigrammi e sempre con una certa lentezza.

Sotto forma di pennellature, non si adoperano soluzioni concentrate, per evitare la necrosi degli elementi anatomici, che farebbe ritardare la cicatrizzazione.

Per aumentarne gli effetti anestetici, si può aggiungere dell'acido fenico al ½ per cento, il quale, coagulando le sostanze albuminoidi, giova anche a rallentare il riassorbimento della cocaina.

Le polverizzazioni di cocaina presentano dei pericoli per il facile riassorbimento che si ha so-

pratutto nelle applicazioni laringeali. Non si polverizzi mai più di 5 cmc. della soluzione all'1 % nel faringe, e mai più di 3 cmc. per ogni narice.

I nevrastenici, gli anemici, i vecchi e i fanciulli sembrano più sensibili all'azione della cocaina.

Nelle operazioni profonde, bisogna fare queste iniezioni strato a strato, lasciando passare un certo tempo fra un gruppo e l'altro di iniezioni.

Nei tessuti infiammati si suole associare l'adrenalina, che combatte la congestione locale, e pare diminuisca la tossicità della cocaina e allontani il pericolo del cocainismo acuto. A questa decongestione, può però seguire l'emorragia post-operatoria per vasodilatazione: contro di questa giova la compressione o, dove questa non è possibile, la polvere di antipirina o la sua soluzione al 10 per cento.

La *novocaina* ha un'azione anestetica quasi uguale a quella della cocaina ed è tossica due volte meno: si può associare anche all'adrenalina o alla suprarenina per ottenere l'emostasi. La novocaina assoluta avrebbe invece un'azione vasodilatatrice. La novocaina inoltre pare ritardi il processo di cicatrizzazione, e di più si altera alla ebollizione, ciò che ostacola la sua sterilizzazione.

Maggiori sono i vantaggi che presenta la *stovaina*: la sua azione anestetica è tre volte meno intensa di quella della cocaina, ma se ne possono adoperare soluzioni e dosi più alte, perchè essa è molto meno tossica (secondo Pouchet, fino a 25 cmc. di una soluzione all'1 per cento).

L'anestesia data dalla stovaina è più diffusa, è meno nettamente circoscritta alla linea secondo la quale si fa l'iniezione. La sua soluzione in acqua distillata è alquanto dolorosa; non così la soluzione in siero fisiologico.

La stovaina possiede un'azione antisettica notevole, ciò che ne assicura la sterilità e la conservazione per lunga durata. Localmente è molto ben tollerata dai tessuti. L'inconveniente principale è la sua azione vasodilatatrice: essendo inoltre un cardiotonico, facilita per questo le emorragie operatorie.

La soluzione del Marmouget è composta di un terzo di acqua ossigenata e due terzi di una soluzione di cocaina all'1 per cento. Essa dà una anestesia perfetta con una minor dose di cocaina; perciò con essa le probabilità di intossicazioni son molto più rare. Assicura un'emostasi perfetta e rende veramente asettica la soluzione di cocaina.

Si inietti con un ago non ossidabile, di nikel o di platino e molto lentamente, tanto più se i tessuti sono infiammati: con questa precauzione, questa soluzione è inoffensiva anche nei tessuti in flogosi (ascessi, flemmoni, ecc.). Iniettando lentamente, la soluzione è quasi indolora: l'acqua ossigenata comune del commercio, però, è leggermente acida (vi si aggiunge un gm. di acido solforico per litro per assicurarne la conservazione), e perciò sarebbe notevolmente dolorosa: prima di mescolarla con la soluzione di cocaina, bisogna perciò verificarne la reazione ed alcalinizzarla con soda decinormale.

Per le sue proprietà decongestive, anestetiche ed antisettiche, questa soluzione è anche utile nelle forme di angine, di polpiti dentarie, ecc.

La soluzione di Legrand è anche molto utile per le sue proprietà emostatiche. La sua formula è la seguente:

Gelatina pura sterilizzata.......	gm.	2.00
Cloruro di sodio puro...........	»	0.70
Acido fenico cristalizzato puro..	»	0.10
Cloridrato di cocaina...........	»	0.30
Cloridrato di eucaina	»	0.70
Acqua distillata................	»	1000

La soluzione è isotonica per il contenuto di cloruro di sodio, e perciò è quasi indolora. L'acido fenico e la gelatina annullano l'azione iperemizzante dell'eucaina. La tossicità di questa soluzione è minima. Bisogna essere sicuri della sterilizzazione della gelatina.

Molte altre sostanze sono state proposte, ma non sono entrate nella pratica, o per la loro forte tossicità o perchè di deboli proprietà anestetiche.

P. S.

TERAPIA.

La terapia digitalica.

(MAX HERZ. *Mediz. Klinik*, 1913, n. 11).

Circa 150 anni or sono il medico scozzese Withering rivolse la sua attenzione ad un infuso che una ciarlatana somministrava, e che esplicava utili effetti sulla idropisia. Il Withering riconobbe nelle foglie di digitale l'elemento attivo di questa infusione, e con mirabile perspicacia, notò come tale medicamento giovasse solo nelle raccolte liquide libere, non in quelle incistate.

Malgrado che l'utilità della digitale sia oggi universalmente ammessa, non mancano differenze di opinioni fra i vari clinici riguardo alle indica-

zioni e controindicazioni di questo medicamento. A questo proposito è bene notare che tutte le regole proposte per l'uso della digitale possono venir contraddette da casi che sono le eccezioni.

Sotto l'azione della digitale la sistole si fa più energica, non perchè la forza del cuore venga aumentata, ma perchè essa viene adoperata meglio. Non si deve però ricorrere alla digitale quando non esistano disturbi di dircolazione, come ad es., nei vizi valvolari durante il periodo di compenso. Talora individui affetti da un vizio mitralico accusano cardiopalmo e dispnea; ma prima di somministrare la digitale occorre accertarsi se non si tratti di una nevrosi cardiaca, destata appunto dalla conoscenza del vizio di cuore da parte del paziente.

La digitale determina un allungamento della diastole, sicchè il ventricolo sinistro si riempie meglio. Questa nozione teorica ha fatto considerare l'insufficienza aortica come una controindicazione all'uso del medicamento. L'esperienza però ha dimostrato che tale controindicazione non esiste in realtà, quantunque sia vero che non di rado l'efficacia della digitale sugli scompensi cardiaci da insufficienza aortica si riveli assai scarsa. Del resto è bene distinguere le insufficienze della aorta in gruppi, a seconda cioè che esse siano prodotte da reumatismo, o dipendano invece da lues o da arteriosclerosi; nei casi di questo secondo gruppo l'attenzione del medico è rivolta principalmente ai sintomi dipendenti dalle coronarie (angina pectoris), ciò che può controindicare l'uso della digitale. Ad ogni modo si ricorrerà sempre alla terapia digitalica quando, per usare l'espressione di Huchard, l'insufficienza aortica è giunta al periodo di mitralità.

Nella insufficienza della mitrale la cura digitalica è indicata alla dose di 30 cgr. di polvere. Nella stenosi mitralica invece è consigliabile adoperare una dose assai più bassa; sovente bastano tre goccie di digalen al giorno per determinare rapidamente un ritorno del compenso, che si mantiene poi anche per un tempo assai lungo.

La digitale determina anche una diminuzione nella frequenza del polso, tuttavia questa constatazione non è sufficiente a giustificare l'uso di essa nella tachicardia senza fenomeni di stasi.

Il polso lento rappresenta una controindicazione all'uso della digitale. Anche nel *pulsus irregularis perpetuus*, è bene non ricorrere a questo medicamento, tanto più che è assai difficile e forse addirittura impossibile ottenere in tali casi una regolarizzazione duratura. Anche nella irregolarità da extrasistolia la digitale non deve venire adoperata; l'extrasistole è d'ordinario l'espressione di una nervosità del cuore, stimolata in via riflessa dallo stomaco o dall'intestino, e non affatto pericolosa; è quindi assai meglio curare lo stomaco e l'intestino anzichè ricorrere alla digitale, la quale del resto può anche, per la sua azione irritante sull'apparato gastro enterico, dar luogo ad una accentuazione dell'extrasistolia.

Nella angina pectoris l'uso sistematico della digitale è naturalmente controindicato; ma, malgrado questa controindicazione così chiara, accade sempre d'incontrarsi in medici i quali tentano la terapia digitalica, non riportando altro che insuccessi.

L'uso della digitale è solo giustificato nei casi in cui ai fenomeni anginosi si accompagna debolezza cardiaca; ma è consigliabile sempre di usare dosi minime. Infatti nell'angina pectoris le arterie coronarie mostrano una anormale ipereccitabilità, contraendosi per stimoli che normalmente rimangono senza effetto (lieve lavoro, eccitamenti psichici, ecc.); è quindi possibile che una dose normale di digitale determini effetti assai nocivi.

Normalmente le piccole dosi di digitale dànno luogo a dilatazione dei vasi renali, le grandi a costrizione; ma, in condizioni morbose, può accadere che il medicamento esplichi una influenza assai spiccata, e quindi dannosa, sia aumentando eccessivamente la diuresi, sia producendo diminuzione di questa. È quindi buon precetto il sorvegliare costantemente la quantità dell'urina emessa e il sospendere la somministrazione della digitale sia quando la diuresi diminuisce, sia quando essa oltrepassa i limiti abituali.

Data l'azione irritante della digitale sulle vie digerenti, i catarri gastroenterici ne controindicano l'uso; a meno, si intende, che il catarro non sia effetto della stasi venosa.

L'A. preferisce all'infuso di digitale la polvere di foglie, alla dose di 10 cgr., tre volte al giorno, in pillole, unita a cgr. 50 di diuretina. Talora gli effetti favorevoli della cura durano a lungo; altre volte invece si dileguano rapidamente, sicchè occorre una cura prolungata. In tali ultimi casi l'A. consiglia di somministrare 10 cgr. di polvere al giorno, continuando anche per anni, senza timore di una azione cumulativa. Può accadere talvolta che la somministrazione di digitale non sia seguita da effetti utili; ma ciò non deve scoraggiare il medico, giacchè è possibile che una ulteriore somministrazione del medicamento, fatta qualche giorno dopo, si riveli efficace. V. FORLÌ.

(13)

OSSERVAZIONI CLINICHE

Neurite del peroneo con paralisi d'origine traumatica

per il dott. GIOVANNI ONANO.

Si presenta alla nostra osservazione un ragazzo di 6 anni, il quale nel camminare poggia semplicemente la punta delle dita, anzichè la pianta del piede destro, e ciò da 4 mesi a questa parte, epoca in cui il ragazzo ebbe a soffrire un violento trauma, essendo stato sepolto, forse a scopo omicida, sotto grossi sassi, per lo spazio di 12 ore. Un grosso sasso, fra gli altri, del peso di 32 kg. poggiò per tutto quel tempo sulla piega del ginocchio, altri sulla testa, sulla schiena, sulle braccia, sui piedi. Nei primi tempi il ginocchio dell'arto, oggi leso, ebbe a gonfiarsi con dolorabilità tale, da non permettere la minima distensione della gamba, poi grado a grado quel gonfiore e quel dolore sparirono, permanendo il difetto ancora oggi notato e le cicatrici varie per altre ferite sulla testa, sulla faccia, sul dorso e sugli arti.

Alla nostra osservazione spicca un'avanzata atrofia di tutto l'arto destro ed un accentuato grado di varo equinismo nel piede dello stesso lato. I movimenti dell'arto però sono conservati completi nella coscia e nella gamba, dove è possibile l'estensione, la flessione, l'adduzione e l'abduzione.

Non così nel piede dove le dita permangono in uno stato di continua flessione plantare, essendo impossibilitata la flessione dorsale. La punta del piede rimane pendente al suolo. L'infermo solleva energicamente la coscia e applica il piede sul suolo toccandolo prima con la punta (steppare).

La sensibilità è conservata in ogni piccola porzione di tutto l'arto (coscia, gamba e piede).

L'esame elettrico dà invertimento nella formola di contrazione: la corrente che produce la C. C. An. è minore alla corrente che produce la C. C. Ka.

Possiamo dire che trattasi di una lesione periferica e senza dubbio di una lesione nel campo dello sciatico, leso non già in tutto il suo percorso, ma in una delle sue due porzioni terminali: nel ramo popliteo esterno o peroneo comune.

La dolorabilità accusata nei primi giorni indicava la neurite e la perineurite traumatica che impediva il distendersi della gamba per l'infiammazione e gonfiore del cavo popliteo, con riverbero in tutto il percorso dello sciatico. Scomparsi i fatti infiammatorî, rimase la lesione in atto del ramo colpito maggiormente, la lesione cioè del popliteo esterno o peroneo comune. Per cui paralisi nel campo innervato da questa terminazione dello sciatico ed una retrazione nel campo antagonistico: il campo del tibiale posteriore. La atrofia della coscia è avvenuta per la diminuita funzionalità dell'arto.

Lo sciatico sappiamo che esce dal bacino per la incisura ischiatica, e passando tra il gran trocantere del femore e la tuberosità ischiatica scende in basso nella parte media e posteriore della coscia fino a dividersi — tre o quattro dita sopra il ginocchio — nel nervo peroneo comune o sciatico popliteo esterno e nel nervo tibiale o popliteo interno. Orbene, il nervo peroneo o popliteo esterno prima di biforcarsi dà rami alla corta porzione del bicipite, al tibiale anteriore, all'articolazione femoro-tibiale e alla peroneo-tibiale. Con il safeno peroneo-cutaneo il peroneo innerva la pelle della regione laterale della gamba. Come ho detto, poi si divide presto in due rami: il peroneo superficiale (muscolo cutaneo o peroneo esterno) sensitivo; ed il peroneo profondo, motorio. Il superficiale innerva la cute della parte laterale esterna della gamba e dorsale del piede ed i due muscoli peronei. Il nervo peroneo profondo, esclusivamente motorio, dà rami al tibiale anteriore, al lungo estensore, all'estensore dell'alluce e all'articolazione tibio-tarsica; e poi nel dorso del piede dà rami all'estensore breve; all'articolazione tarsea secondo il Ruge: all'alluce ed al secondo dito lateralmente.

Al nervo popliteo esterno, o peroneo, dunque appartiene l'innervazione del campo muscolare che deve estendere il piede e tutte le sue dita, e l'innervazione di una parte della pelle della gamba e del dorso del piede.

Il nervo tibiale poi o popliteo interno dà alla pelle rami superficiali, che si anastomizzano con rami cutanei degli altri nervi dell'arto inferiore e procura la innervazione ai muscoli della parte posteriore della gamba — gastrocnemio, soleo, popliteo, tibiale posteriore, flessore comune e flessore dell'alluce —; all'articolazione e alla parte plantare del piede — abduttore dell'alluce, flessore breve delle dita, ecc.

È evidente dunque che noi abbiamo la lesione nel campo del popliteo esterno, nel campo cioè dell'estensione o flessione dorsale del piede.

Si chiama comunemente distensione del piede la posizione che permette di poggiare a terra

la parte plantare, formando così un angolo retto con la gamba.

In realtà sarebbe una flessione chiamata dorsale per distinguerla dalla plantare; sicchè la flessione dorsale del piede è impossibilitata nel nostro caso perchè questo movimento dipende esclusivamente dal tibiale anteriore; impossibilitata la estensione o flessione dorsale delle prime falangi dell'alluce perchè dipende quest'azione dal lungo estensore delle dita dell'alluce lungo e breve; l'abduzione del piede e la elevazione del margine esterno del piede non si può parimenti effettuare per la lesione nervosa dei muscoli peronei e, come noi abbiamo visto, tutti questi sono innervati da rami del popliteo esterno o peroneo comune.

Perchè doveva essere leso proprio solo questo nervo? A ciò è facile poter rispondere pensando alla sua posizione superficiale, che lo rende più esposto alle lesioni esterne, come spesso succede nelle lesioni traumatiche dello sciatico.

Il grado di avanzato equinismo poi è spiegato con la contrattura secondaria dei muscoli del polpaccio, collegata alla contrattura degli interossei.

Noi troviamo però conservata la sensibilità in tutto l'ambiente innervato dal peroneo comune, eppure noi sappiamo che lo sciatico è nervo anche sensitivo; difatti, secondo Raube, un ramo muscolare del tibiale posteriore, per esempio, è provveduto anche di molti corpuscoli del Pacini, che dànno una sensibilità perfino esagerata al periostio della tibia, e sappiamo pure che se del popliteo esterno un ramo è esclusivamente motorio — il peroneo profondo —, il ramo superficiale, peroneo superficiale, invece è un ramo esclusivamente sensitivo.

Orbene, come è che nel nostro caso è conservata la sensibilità? Perchè la pelle della gamba oltre essere innervata dal peroneo superficiale è anche innervata dai rami cutanei mediali della gamba, provenienti dai rami cutanei del femorale e più propriamente dal nervo safeno.

Eppoi i rami nervosi terminali da un caso all'altro possono presentare, nelle grandissime differenze, dei vari rapporti compensatori uno con l'altro. Ma a parte l'innervazione proveniente dal crurale, noi abbiamo la innervazione del nervo cutaneo, proveniente dal tibiale o popliteo interno, coi suoi rami anastomotici — nervo comunicante tibiale o safeno esterno, cutanei laterali e dorsali del piede — per spiegarci abbastanza la conservazione della sensibilità in un campo innervato da un nervo che presentasi leso. Potremmo anzi dire che la conservata sensibilità in questo campo rafforza la diagnosi di lesione unica ed esclusiva del peroneo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 13 dicembre 1912.

Mantelli. L'A. studiò l'argomento *del trapianto dei reni* con criteri assolutamente pratici, escludendo quindi quelli autoplastici ed eteroplastici. Fece nove esperienze nel cane, trapiantando tutto l'apparato urinario di un cane neonato nell'ascella di un cane adulto; l'aorta e la cava del trapianto venivano anastomizzate rispettivamente con l'arteria e la vena ascellare del cane adulto; la vescica veniva sospesa per mezzo dell'uraco e l'uretra suturata alla pelle. I trapianti non attecchirono in nessun caso sebbene le anastomosi vascolari funzionassero bene. L'A. conclude che il trapianto omoplastico di reni di animali neonati non è seguito da buoni risultati e quindi ben difficilmente esso potrà ragionevolmente essere tentato in chirurgia umana.

Seduta del 14 febbraio 1913.

Serafini ha eseguito delle ricerche sperimentali sulla *nefrectomia seguita da immediata decapsulazione del rene superstite.* — È noto che quando si deve fare l'asportazione di un rene calcoloso o tubercolare, o comunque ammalato mentre l'altro è contemporaneamente affetto da nefrite, qualche autore ritiene che sia utile far seguire alla nefrectomia la decapsulazione del rene superstite, perchè questa migliora le condizioni dell'organo e dà maggiori garanzie di guarigione.

L'O. ha studiato il fondamento funzionale di questo modo di agire, operando sopra coppie di conigli della stessa età, sesso e peso, eseguendo in un animale la nefrectomia e nell'altro la nefrectomia seguita da decapsulazione dell'altro rene. Dal confronto degli esami funzionali e dei reperti istologici egli è venuto alla conclusione che quest'ultima manovra operatoria arreca allo animale sano maggior danno della semplice nefrectomia.

Dallo studio del suo materiale sperimentale, l'O. per quanto riguarda la funzione renale dopo la semplice nefrectomia, crede che non sia possibile stabilire in proposito una legge e che il disaccordo degli autori sia dovuto al fatto che ogni animale ha forse un modo speciale di reagire a questa demolizione. PIETRO SISTO

Società Medica-Chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche del febbraio-marzo.

M. Prezzolini (assistente-medico Ospedale Maggiore). *Deviazione coniugata dei bulbi oculari associata alla chiusura delle palpebre, nell'emiplegia.* — Espone e commenta il seguente fatto, da lui osservato con una certa frequenza in casi di antica emiplegia. La chiusura forzata delle palpesi accompagna spesso negli emiplegici a deviazione coniugata dei bulbi oculari, per lo più verso il lato paralizzato. Questa sarebbe una forma atipica del fenomeno di Bell, non ancora osservata fin qui, nè in soggetti sani nè in casi di paralisi periferica del facciale. Il fenomeno invero che si osserva più frequentemente nella chiusura forzata delle palpebre è la rotazione dei bulbi oculari in alto, con strabismo divergente: e gli autori non parlano di deviazione coniugata. Ciò risulta anche da un recente studio del Fumarola sull'argomento.

In due casi di deviazione coniugata dei bulbi oculari, stabilita di recente in soggetti emiplegici, il disserente ha potuto vedere che, non solo durante la chiusura forzata degli occhi, ma anche durante il sonno scompariva la deviazione coniugata dei bulbi oculari verso l'emisfero cerebrale colpito, e comparire invece una deviazione coniugata verso il lato paralizzato. Per lo scarso numero di osservazioni raccolte, il disserente non può dare un'interpretazione del fenomeno osservato; crede tuttavia che uno studio accurato del tono labirintico, in casi di antica emiplegia, possa fornire qualche utile indizio sullo stato dei centri cerebellari e pontini, regolatori dei movimenti oculari coniugati.

G. Panzacchi (aiuto Istituto Patologia chirurgica). *Contributo alla conoscenza della midriasi pupillare come sintomo obbiettivo del dolore.* — Parla dei sintomi presentati da un operaio, inviatogli da una Società assicuratrice per l'esame dei medesimi. L'operaio aveva diciassette anni, era caduto da un carro e s'era conficcato uno scalpello nella regione glutea destra. Manifestava paresi e dolore all'arto leso, e più nei movimenti di flessione dell'arto e alla pressione. La ferita tuttavia aveva interessato solo la cute ed era guarita di prima intenzione. Una diagnosi che corrispondesse al quadro morboso del soggetto era molto difficile; e di questa il disserente parla. Una osservazione quotidiana di due mesi, fece rilevare fatti strani e contradditori, tanto che la impressione di simulazione prese valida consistenza. Ma due fatti imponevano un certo riserbo: il dolore e la midriasi. Ogni volta che si provocava il dolore si notava una spiccatissima dilatazione pupillare.

Si dà grande importanza alla dilatazione pupillare, come sintomo obbiettivo del dolore. Tutti ritengono che l'assenza sua non autorizza a negare l'esistenza del dolore; ma quando essa è presente, quando cioè si produce midriasi, allora si ritiene dai più come certa l'esistenza del dolore. Siccome da tutte le ricerche eseguite sopra il suo caso, il disserente non riuscì che ad accumulare nuove prove di frode ed aumentare la difficoltà della diagnosi, rimanendo il dolore come sintoma isolato, si diede egli a studiare sistematicamente il fenomeno. Riferisce pertanto i suoi nuovi risultati e li commenta con notizie bibliografiche. Dà anche i risultati di 112 osservazioni da lui eseguite sul fatto della midriasi pupillare in rapporto agli atti respiratori, eseguiti in soggetti di varia età, sani e malati, e a differente intensità di luce.

In fine conclude che la reazione pupillare al dolore è un sintomo che va assunto con grande prudenza sempre, e specialmente nella medicina degli infortuni. Occorrerà sempre tenere presente tutte le condizioni patologiche e fisiologiche che possono dare la midriasi, e poterle tutte escludere per potere dare un valore di sintomo obbiettivo di dolore alla midriasi stessa. Ma ciò potrà ben di rado avvenire, il che equivale ad ammettere che praticamente il sintomo pupillare del dolore non ha certo quel valore che da alcuni gli è attribuito.

U. Stoppato (assistente Clinica chirurgica R. Università). *Un nuovo metodo di craniotomia decompressiva con cranioplastica primaria.* — Il metodo consiste nel praticare in corrispondenza di una delle bozze parietali un vasto lembo osteo-cutaneo. Il lembo cutaneo ha forma circolare ed è fornito di uno stretto peduncolo, della larghezza di circa 3 cm., portante l'arteria temporale superficiale; il lembo osseo è invece alquanto più piccolo di quello cutaneo ed ha forma quadrangolare con i due lati verticali un po' più lunghi dei due orizzontali.

Nel rimettere il lembo osseo al suo posto, si fa fare ad esso una rotazione di circa 45 gradi, in modo che i quattro angoli del lembo osseo vengano a rimontare sui quattro lati della cor-

nice cranica. Il lembo cutaneo che aderisce a quello osseo, in causa della relativa strettezza del peduncolo permette bene questa rotazione. In tal modo la breccia cranica viene in gran parte riprotetta. La bozza parietale viene a sollevarsi sulla superficie cranica di quanto misura lo spessore della calotta cranica, non solo, ma poichè si vengono a porre i meridiani trasversali della regione parietale, che hanno piccolo raggio di curvatura, al posto dei meridiani obliqui, che hanno raggio di curvatura maggiore, si aumenta ancor di più la capacità della bozza parietale. Così il cervello trova spazio sufficiente per una efficace decompressione. Nei punti di contatto fra lembo osseo e cranio avverrà un saldamento, per cui si eviterà la formazione di ernie cerebrali. Attraverso ai quattro angoli della breccia rimasti scoperti potrà il liquido cefalo-rachidiano sovrabbondante trovare una via di deflusso nei capillari del cuoio capelluto. La superficie cerebrale si verrà a porre in massima parte a contatto col tavolato intorno del lembo osseo e saranno evitate estese aderenze fra cervello e parti molli.

Poichè un procedimento analogo si può applicare anche alle altre bozze del cranio (bozze frontali ed occipitali), ne viene che si ha la possibilità di praticare una decompressione specifica per ognuna dlele tre fosse craniche. Ciò sopratutto ha valore in quei casi, per esempio talvolta per tumore del cervelletto dove l'aumento di pressione esistente nella fossa cranica posteriore, per la rigidità del tentorio del cervelletto, non può risentire l'effetto di una decompressione fatta in corrispondenza della bozza parietale. In tal caso la craniótomia praticata secondo il metodo dell'autore in una delle bozze occipitali può dare il risultato desiderato.

Dott. G. M. PICCININI.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 17 marzo 1913.

Lavini F. *Osservazioni su di un embrione umano.* — L'O. illustra alcune particolarità di struttura relative al tubo digerente ed ai primi abbozzi dell'apparato respiratorio che ha potuto mettere in evidenza in un embrione umano (lunghezza 7.5 mm.), in ottime condizioni di conservazione.

Fra queste particolarità di struttura è specialmente interessante la dimostrazione dell'esistenza di un momento nello sviluppo in cui quel tratto del tubo digerente primitivo, che darà poi origine al digiuno, all'ileo ed al crasso, si presenta solido, cioè senza lume apprezzàbile, contrariamente a quanto si è fin qui affermato. L'O. mette in relazione tale reperto colle atresie intestinali congenite.

Mangiagalli. *Su di un caso di gravidanza tubarica interstiziale.* — L'O. illustra un caso tipico di gravidanza tubarica interstiziale capitato alla sua osservazione e da lui operato con felice risultato. Il caso è doppiamente interessante, dal punto di vista chirurgico per la sua estrema rarità e dal punto di vista biologico perchè fu possibile la dimostrazione dell'esistenza di una decidua, negata da molti AA. nei casi di gravidanza tubarica interstiziale, mentre, come è noto, essa è ammessa per le altre varietà di gravidanza extrauterina.

G. Guerrin. *Note intorno ad una infestione di Heterakis maculosa* Rud.

Dalò F. *Contributo alla conoscenza della emoeosinofilia sperimentale.* — L'emoeosinofilia che accompagna numerose infezioni zooparassitarie è imputata da molti AA. all'azione di sostanze che sarebbero eliminate da zooparassiti e assorbite dall'organismo dell'ospite. Alcuni AA. hanno anzi ritenuto che tale ipotesi abbia una prova sperimentale nel fatto che l'inoculazione d'estratti in massa di zooparassiti negli animali di laboratorio può suscitare una emoeosinoflia.

Dalò ritiene che la cosa vada interpretata altrimenti: che cioè la causa dell'emoeosinofilia in questo caso debba essere piuttosto ricercata nell'azione delle sostanze proteiche che costituiscono, per la massima parte, gli estratti in massa dei zooparassiti.

Seguendo un tale ordine d'idee il Dalò ha inoculato ad animali sostanze proteiche che per la loro composizione si avvicinano di più a quelle che sono state isolate dal corpo dei zooparassiti ed è riuscito ad ottenere in tal modo emoeosinofilia di altissimo grado. Perciò esclude che le emoeosinofilie ottenute in seguito ad inoculazioni di estratti in massa di zooparassiti possano essere invocate a dimostrazione dell'esistenza di sostanze specifiche d'origine zooparassitaria. C.-B.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza del 27 dicembre 1912.

Presidenza: prof. **D. Barduzzi**, presidente.

Nassetti F. *Plastiche circolari dell'esofago con lembi liberi di aponeurosi.* — Sono queste esperienze la continuazione di altre già comunicate a questa Accademia, in cui fece plastiche di parti circoscritte dell'esofago pure con lembi liberi di aponeurosi. Presenta una serie di esofagi di cane in cui ad un segmento di 2-4 cm. di lunghezza ha sostituito un lembo di aponeurosi avvolto a

cilindro. La fistola esofagea può mancare. In primo tempo non si hanno gravi turbe della deglutizione. Un tessuto connettivo giovane circonda e invade il tessuto innestato. Sulla superficie interna dell'esofago si constata una superficie coperta di granulazioni che ha l'aspetto di una piaga; esternamente un abbondante connettivo di neoformazione stabilisce copiose aderenze con i tessuti e gli organi circostanti. Guardando attentamente lo superficie di sezione è possibile riscontrare per il colore e la tessitura il tessuto aponeurotico; giace questo come avviluppato da connettivo che gli sta aderente e lo compenetra. Per la sclerosi graduale che quest'ultimo subisce si ha la riduzione del calibro del cilindro di aponeurosi e come conseguenza una stenosi esofagea, la quale può raggiungere anche notevole grado. Intanto la superficie granuleggiante della faccia interna dell'esofago va a poco a poco rimpicciolendo fino a scomparire per l'avanzarsi di gettate epiteliali che si originano dai bordi della mucosa del moncone sopra e sottostante. Residua dopo un certo tempo una zona cicatriziale, una specie di cingolo stenosante che dà fatti di disfagia.

Nassetti F. *Esclusione del piloro con bandellette libere aponeurotiche e tendinee.* — Seguendo l'indirizzo delle sue vicende sull'avvolgimento e sulla produzione di stenosi dei vasi con lembi liberi di aponeurosi e con lacinie tendinee ha voluto indagare con lo sperimento se fosse stato preferibile l'uso di questi tessuti ai fili ed alle fettuccie di seta e di cotone, i quali quasi sempre cadono dopo qualche tempo entro il lume gastrico ristabilendo la canalizzazione. Presenta due stomachi di cane così operati. Si riserva di dare un resoconto completo degli sperimenti dopo lo studio dei reperti degli stomachi di altri animali che vuole tenere anche parecchio tempo in vita. Può intanto asserire che non è possibile ottenere un'esclusione vera del piloro ma altro che una stenosi e che il laccio non penetra entro lo stomaco. Pensa che nella clinica il metodo potrebbe trovare applicazione.

Porta. Osserva che il Parlavecchio, come ebbe a dichiarare a molti nell'ultimo Congresso di Chirurgia, ha istituito nel suo Istituto esperienze pazienti, prolungate, mttodiche per ricercare se sia possibile ottenere una stabile ostruzione del piloro, sostituendo ol nastrino di seta del suo primo processo, un cordone ricavato dall'epiploon.

Non crede che le bandellette libere muscoloperitoneali, aponeurotiche o tendinee, usate dal Nassetti, permettano di ottenere l'ostruzione stabile del piloro attraverso alla formazione di un anello cicatriziale costrittore, perchè la continuità del tubo mucoso sotto e le valide contrazioni dello stomaco dal cardias verso il piloro, sfiancheranno col tempo il tessuto di cicatrice e ridaranno al canale la pervietà.

Non crede possibile ottenere un forte schiacciamento della mucosa senza aversi gravi danni delle altre tuniche, mal riparati dalla banderella aponeurotica, e che in ogni caso la riproduzione della mucosa sarebbe la regola, e le condizioni per il ristabilimento della pervietà del canale non verrebbero mutate.

Che il pezzo anatomico proveniente dal cane ucciso dieci giorni dopo ed in cui la ostruzione pilorica non fu seguita dalla gastroenterostomia, dimostra che la parvietà del canale tendeva già a ristabilirsi e che l'altro pezzo proveniente dal cane morto dopo due giorni dall'intervento, non può conseotire conclusioni di sorta.

Il metodo Parlavecchio — quando non si voglia ottenere che una ostruzione temporanea — è certamente da preferirsi a quello consigliato dal Nassetti.

U. Geroni. (Clinica chirurgica). *Sul trattamento degli ascessi da male di Pott.* — L'A. riferisce sui vari trattamenti usati nella clinica del prof. Biondi in 71 casi di male di Pott complicato con ascesso. Riportati 3 casi, nei quali la guarigione si ebbe agendo sul gibbus e sul generale degli infermi, passa ad esporre 1 caso di guarigione ed 1 di morte per ascesso retrofaringeo operati col processo Chiene, 3 casi di guarigione completa e 3 decessi su 6 operati per ascesso iliaeo con incisione alla Bardenheuer escissione in totalità della sacca fino al focolaio osteitico e scucchiaiamento di questo, 2 casi di guarigione completa, 3 di guarigione con fistola e due decessi su 7 operati, per ascesso paravertebrale, con ampia incisione e scucchiaiamento del focolaio osseo, 1 caso di guarigione ed 1 di morte per intervento diritto sui corpi vertebrali e drenaggio traussomatico alla Vincent, 1 caso di guarigione completa, 2 di guarigione con fistola e 6 decessi su 9 operati con ampie incisioni per ascessi pottici presentatisi al trattamento aperti ed in preda ad infezioni secondarie e 42 casi con 36 guarigioni trattati col semplice svuotamento ed iniezioni di sostanze modificatrici.

L'A., dopo aver fatto rilevare che gli ampi trattamenti operatori furono imposti da speciali condizioni degli infermi, pur tenendo in debito conto i buoni risultati con questi trattamenti ottenuti, fatta la critica dei diversi processi operativi, sulla base delle osservazioni riferite, conclude che il miglior trattamento è quello meno lesivo.

In rapporto ai liquidi modificatori, che si iniettano comunemente entro la cavità ascessuale, l'A. fa osservare che tanto la sospensione iodoformio-

glicerica alla Mikulicz, quanto tutte le altre soluzioni o sospensioni gliceriche o no, a base di principî iodici o di altre sostanze medicamentose, (formolo, naftolo, ecc.) per agire direttamente sul focolaio osteitico in modo utile devono essere iniettate in quantità considerevole altrimenti si disperdono e si esauriscono nella vasta ed anfrattuosa cavità ascessuale. Dimostra inoltre con osservazioni proprie ed altre desunte dalla letteratura, che tanto il veicolo glicerico in sè, quanto tutte le sostanze iodiche o no iniettate in quantità anche inferiore a quella necessaria per arrivare al focolaio osteitico sono, per quanto la permeabilità delle parti ascessuali sia scarsa, fortemente tossiche. Per queste ragioni, dopo una lunga serie di esperienze comparative, dopo aver saggiato e sospensioni gliceriche e oleose, e soluzioni acquose lattee di principi iodici, dopo aver esperimentato sali di argento (nitrato, lattato, fluoruro), di mercurio, dopo aver ricorso a fermenti quali la tripsina, il prof. Biondi ha adottato quale liquido modificatore, da iniettarsi nella cavità ascessuale, una soluzione al 2 % di bicloruro di mercurio in alcool assoluto, sottoponendo sempre gli infermi ad una cura iodica generale alla Durante.

Tale liquido iniettato dopo lo svuotamento dell'ascesso agisce disidratando la superficie interna della parete ascessuale ed impregnandola del sale di mercurio, si viene così a formare tutto all'interno una membrana di sostanza proteica, coagulata, impermeabile, per cui il liquido non può passare in circolo; questo fatto permette, quantunque il liquido sia fortemente tossico, di iniettarne una quantità sufficiente (cmc. 50-60-70) ad agire direttamente sul focolaio di osteite. Questa membrana impermeabile dopo alcuni giorni cade in seno all'ascesso ed i tessuti vivi che si scoprono vengono successivamente fissati dall'eccesso di liquido rimasto nella cavità ascessuale.

L'A. ha constatato la formazione della membrana impermeabile, svuotando, coll'aspirazione con grossi trequarti, la cavità ascessuale dopo alcuni giorni dall'iniezione; in tali casi ha estratto larghi brandelli membranacei di sostanza proteica fortemente impregnati di sublimato. L'impermeabilità la desume dal fatto che mai sono comparsi fenomeni di mercurialismo e dal non avere coll'esame sistematico delle urine potuto dimostrare in quello traccie minime di sublimato. Conclude coll'affermare che questo liquido ha un potere terapeutico superiore a quello di tutti gli altri liquidi perchè sono sempre bastate poche iniezioni per ottenere quasi sempre guarigione.

U. Noferi (Istituto di Clinica generale operativa). *Riparazione di estese perdite di sostanza del dotto coledoco a mezzo di trapianti ureterali* (Nota preventiva). — L'A. presenta all'Accademia un cane operato di estirpazione di 1/3 del coledoco, come spesso capita dover praticare in casi clinici per mali di questo dotto. Per riparare alla perdita di sostanza e per ristabilire il deflusso della bile si servì del trapianto di 5 cm. di uretere. La sutura fu fatta per invaginamento. Il cane ha tollerato bene l'operazione, non ha avuto versamento di bile nell'addome, nè acolia, nè congiuntive itteriche, ciò che dimostra che a mezzo del trapianto si è ristabilito il deflusso biliare.

Più tardi si riserba presentare all'Accademia il pezzo trapiantato ed i relativi monconi del coledoco con i preparati microscopici e riferirà su altra serie di esperimenti in cui si è servito allo stesso scopo di tratti di safena. Riferirà pure su altri esperimenti in corso con i quali ha cercato stabilire l'anastomosi affiorando il tratto del parenchima epatico, ove si trovano i dotti epatici, nello stomaco, nel duodeno, nel digiuno.

V. MARTINI.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 25 febbraio 1913.

R. Massalongo. *Opoterapia ematica. Sieroterapia delle anemie.* — L'O. riassume i risultati delle sue ricerche sperimentali e cliniche:

1° Il siero di sangue di animali salassati, iniettato in altri animali vi determina una costante e considerevole iperglobulia.

2° Data questa proprietà del siero di animali in istato di anemia acuta di stimolare la funzione degli organi ematopoietici, abbiamo preparato ed usato questo siero nella cura delle anemie nell'uomo.

3° La iperglobulia provocata dal siero ematopoietico non è però seguita da un contemporaneo aumento del tasso emoglobinico, e da alcun sintomo clinico soggettivo ed obbiettivo di migliorata crasi sanguigna.

4° Si ottenne solo un reale miglioramento in varie forme di anemia, così detta primaria e secondaria, solo allora che all'uso del siero ematopoietico venne associato quello di preparazioni ferruginose: metodo questo che ci permise di verificare, in breve periodo di tempo, coll'aumento delle emazie, un elevamento del tasso emoglobinico del 20, 30 e 40 %, aumento della percentuale della Hb, che non era stato osservato uguale e nello stesso tempo coll'uso del solo ferro.

L. Messedaglia. *A proposito di un consulto inedito di M. Malpighi* (Nota). — L'O. illustra brevemente un inedito consulto medico di Marcello Malpighi, e, ricordando gli studi del De Giovanni,

dimostra la singolare altezza della mente clinica malpighiana. L'O. dà poi qualche ragguaglio intorno ai consulti fino ad ora editi del Malpighi, e rammenta il copioso materiale di consulti, tuttavia inediti, sparso in varie biblioteche. E tratta della errata edizione padovana del 1713 di cento consulti malpighiani, promossa da A. Vallisnieri e curata dal veronese G. Gaspari. L'O. aggiunge notizie, tratte in parte da documenti inediti sul Gaspari e sulle sue opere mediche e naturali.

A. Malesani. *Contributo all'azione degli estratti di prostata sull'apparato cardiovascolare e sull'intestino* (presentata dal prof. A. Stefani).

A. DIAN.

Clinica medica di Genova.

Seduta del 29 gennaio 1913.

E. Tedeschi. *Polmonite lobare accompagnata da itterizia precoce.* — I casi di polmonite con itterizia, per quanto siano relativamente non rari, pure meritano talora d'essere segnalati, perchè istruttivi. L'O. ricorda appunto la storia d'un infermo da lui osservato. La malattia era esordita tre giorni prima, con brividi di freddo, dolore all'ipocondrio destro, febbre elevata e, fin dalle prime ore di malattia, tinta itterica della congiuntiva bulbare ed urine itteriche. All'esame obbiettivo, come dati precipui: erpete labbiale; appena accenno ad ipofonesi alla base destra; fegato notevolmente ingrossato e dolente, tinta itterica; temperatura a 40°, polso 120; condizioni generali piuttosto gravi, ma non gravissime. Non ostante la quasi completa assenza dei sintomi polmonari, tenuto conto di vari elementi, che l'O. ricorda, Tedeschi riteneva trattarsi di una polmonite *lobare* così detta *centrale*, accompagnata da itterizia. Il decorso diede ragione della diagnosi; la risoluzione si ebbe in settima giornata, senza ulteriori complicazioni.

Tedeschi si ferma specialmente sulla itterizia, comparsa così precocemente nelle prime ore di malattia; ricorda le varie teorie patogenetiche dell'ittero nella polmonite. Dato l'inizio così precoce, il caso in questione viene in favore della ipotesi, che si tratti d'una localizzazione della infezione diplococcica alle vie biliari (angiocolite diplococcica). Accenna l'O. come anche in questo ammalato l'itterizia non sia venuta ad aggravare il prognostico (e ciò in appoggio di quanto si sostiene nella Clinica di Genova).

A. Barlocco. *Sopra un caso di enfisema polmonare.* — Si tratta di un caso di enfisema polmonare venuto a morte.

Esso concerneva un soggetto di 32 anni, di professione tornitore, e presentava i caratteri di un enfisema di altissimo grado, con dilatazione cardiaca assai notevole e stasi renale. In questo infermo si presentava il quesito della esistenza o no di un processo renale, date le notevoli quantità di albumina e di cilindri granulosi e jalini nelle urine. Questi elementi però erano in assai scarsa quantità relativamente alla quantità di albumina; inoltre si notavano spiccate oscillazioni nella quantità delle albumine stesse, in rapporto alle modificazioni della attività cardiaca. L'autopsia confermò la diagnosi.

Oscura in questo caso rimane la patogenesi. Occorre in tal caso, data la mancanza di precedenti morbosi atti a spiegare tale avanzatissimo grado di enfisema, invocare un'ipoplasia congenita del tessuto elastico polmonare.

Calcaterra. *Sopra un caso di ascesso subfrenico.* — L'ascesso subfrenico, che per la sua particolare localizzazione poteva fare rimanere incerti fra questa diagnosi e quella di ascesso perirenale, fu diagnosticato dal prof. Maragliano oltrechè per i fini dati clinici rilevati, anche per il sussidio apportato dall'esame radioscopico, che in casi simili non deve essere mai lasciato in disparte. In questo caso l'inizio improvviso dei fatti, manifestatosi circa 40 giorni prima, aveva già tratto in inganno qualche pratico e lo stato generale del paziente ne aveva — come è facile comprendersi — sofferto non poco. Il pronto intervento chirurgico, eseguito dal prof. Dario Maragliano, fece si che in capo a circa 20 giorni il paziente uscisse in convalescenza.

A. BERTOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le compressioni lente del midollo.

Ogni volta noi ci troviamo in presenza d'una paraplegia spastica ci dobbiamo porre il seguente quesito: si tratta di una mielite trasversa, di una sclerosi a placche, di una siringomielia o di una compressione del midollo? Generalmente la sintomatologia non basta a differenziare immediatamente queste lesioni, bisogna invocare in aiuto i dati anamnestici.

Le compressioni brusche del midollo spinale che sono consecutive alla frattura della colonna vertebrale o all'ematomielia traumatica o spontanea si riconoscono per la subitaneità degli accidenti paralitici: le compressioni lente possono risultare da diversi processi: per lo più essi dipendono da mal di Pott. A questo proposito il Dejerine descrive recentemente (*Journ. des Praticiens*, 1912, Dec.) un caso del genere interessante per le considerazioni che l'A. fa. Nel male di Pott è raro che la compressione del midollo sia dovuta ai frammenti ossei, bisogna invece incriminare o la pachimeningite tubercolare o un ascesso per congestione: non si può dire altrettanto delle lesioni cancerose della colonna vertebrale: in questi casi si ha un'infiltrazione cancerosa sia della colonna vertebrale che della dura madre e delle radici dei nervi rachidei. I dolori in questi casi sono molto più terribili che nelle altre compressioni midollari, e tale sindrome va sotto il nome di paraplegia dolorosa del Cruveilhier.

Si hanno inoltre le pachimeningiti primitive, la pachimeningite tubercolare, le forme sifilitiche e le neoplastiche: in questi casi il tumore può esser partito o dalla faccia esterna o dalla faccia interna della dura madre ovvero dall'interno del midollo.

Una forma bene studiata solo in questi ultimi tempi è la meningite spinale cistica primitiva: essa è costituita da una cisti situata sotto la dura madre consecutiva ad un'antica meningite: essa può raggiungere grande volume, potendo contenere fino a 200 gr. di liquido.

Qualunque ne sia l'etiologia, la compressione del midollo si manifesta con dolori, la cui topografia è in rapporto generalmente colla sede del processo determinante la compressione: esiste anestesia dei segmenti posti al disotto della sede della compressione.

La dissociazione siringomielica della sensibilità che si osserva in queste compressioni midollari lente è dovuta al fatto che le vie della sensibilità termica e dolorifica passano pel fascio di Gowers che è superficiale, mentre quelle delle sensibilità tattile e delle sensibilità profonde hanno vie più interne sia dirette che crociate: è raro che tutte le sensibilità vengano perdute, soprattutto nelle compressioni lente; la sensibilità ossea è quella che resiste più a lungo.

La prognosi è subordinata alla natura della lesione: mentre la paraplegia dolorosa dei cancerosi è incurabile, quella da morbo di Pott può guarire e l'A. cita un caso di questa malattia in cui si ebbe una guarigione di una paraplegia che persisteva da 18 mesi.

Dal punto di vista diagnostico bisogna escludere anzitutto un morbo di Pott: quando non si tratti di questa malattia bisogna pensare ad una pachimeningite o ad un tumore: l'unilateralità dei sintomi parla in favore di un tumore o di una meningite cistica.

Dal punto di vista terapeutico l'A vanta i buoni risultati che egli ha avuto nel morbo di Pott dalle cauterizzazioni.

P. A.

La deviazione della lingua nell'emiplegia.

Il Jones ha studiato 313 casi di emiplegia specialmente dal punto di vista della deviazione della lingua. Due movimenti sono stati esaminati, la deviazione laterale della lingua protrusa e la deformazione che può imprimere il paziente alle sue guancie esercitando su di esse pressione mercè la punta della lingua. La protrusione della lingua viene effettuata in parte dallo stiloglosso e soprattutto dal genioglosso dell'opposto lato, l'atto di toccare la faccia interna della guancia colla punta della lingua viene effettuata dallo stiloglosso dello stesso lato ed accessionalmente dal genioglosso dell'opposto lato: vi sono adunque con molta verosimiglianza nella corteccia di ciascun emisfero cerebrale dei centri:

1° per l'azione coordinata dei due genioglossi;

2° per l'azione coordinata dei due stiloglossi;

3° per l'azione coordinata del genioglosso omolaterale e stiloglosso controlaterale.

Nella propulsione della lingua fuori della bocca negli emiplegici osservasi talora la deviazione tipica dal lato paralizzato, talora la deviazione atipica dal lato della lesione; la prima è stata constatata 104 volte sui 132 casi osservati, la seconda 40 volte, vale a dire che il genioglosso controlaterale si è dimostrato paralizzato presso

a poco 3 volte più spesso che il genioglosso omolaterale.

Per quel che riguarda il secondo sintoma in 67 casi si riscontrò che la lingua poteva essere spinta dal lato della lesione più facilmente che dal lato paralizzato, in due casi soltanto si manifestava il fatto inverso, adunque lo stiloglosso controlaterale si era paralizzato tre volte più spesso dello stiloglosso omolaterale.

I due segni atipici non si constatano sempre negli stessi casi, di guisa che si possono distinguere quattro modalità semeiologiche della lingua nell'emiplegia. Infine 138 volte sui 313 casi osservati non esisteva alcuno dei quattro segni.

I quattro sintomi qui presi in esame (i due tipici ed i due atipici) sono probabilmente in rapporto colle lesioni dei quattro tratti corticobulbari differenti provenienti da ciascun emisfero e di cui esisterebbe uno per ciascun genioglosso e ciascuno stiloglosso; i sintomi dipenderebbero sia da variazioni individuali dell'incrociamento nei diversi casi, che da variazioni della topografia della lesione. (*Le Progrès Médical*, 40me Année, n. 29).

Tr.

TERAPIA.

I mezzi diuretici non medicamentosi e medicamentosi.

In clinica sono frequenti i casi in cui è utilissimo di ottenere un aumento della diuresi. Nelle malattie acute questo aumento facilita l'eliminazione delle tossine infettive; nelle malattie croniche essa può servire a lottare contro l'autointossicazione (uremia) o a sbarazzare l'organismo di sostanze dannose (gotta) o a determinare il riassorbimento degli edemi o di versamenti sierosi. Al Congresso di Lione è stata svolta una notevole discussione sui mezzi diuretici soprattutto non medicamentosi, ed è stata riassunta dal Plicque nel *Bulletin médic.* (4 genn. 1913).

I medicamenti sono utili e spesso indispensabili per ottenere un aumento brusco della diuresi, ma per sostenerla ad un tasso soddisfacente, per ottenere un effetto meno intenso ma più prolungato, i mezzi non medicamentosi offrono un interesse reale, perchè, mentre sono molto meno irritanti pel rene, possono essere adoperati indefinitamente.

Per quel che riguarda le bevande la legge sostenuta generalmente è bere molto per urinare molto; però questa regola oltre ad essere dannosa per lo stomaco nei casi in cui esiste ipertensione arteriosa spesso porta a risultati del tutto opposti. La regola migliore è invece di limitare la quantità di liquido da introdursi; però non sempre si vede in tali casi l'effetto desiderato, ma diminuendo l'ingestione dei liquidi si vede anche diminuire la quantità di urina.

Il momento però in cui i liquidi sono introdotti ha molto maggior valore della quantità: l'acqua pura a digiuno si elimina più rapidamente dell'acqua bevuta a pasto, così è perfettamente giustificata la pratica seguita negli stabilimenti di acque minerali di somministrare l'acqua sempre a digiuno. Il latte ed il caffè, soprattutto l'infuso di caffè non torrefatto, hanno un'azione diuretica molto spiccata: le tisane, se soprattutto prese a digiuno, hanno un effetto diuretico notevole.

Per gli alimenti il Labbé ha dimostrato che buona parte di essi devono il loro effetto diuretico al forte contenuto in acqua (uva, frutta) inoltre non bisogna trascurare la loro ricchezza in sostanze che colla loro combustione dànno origine ad acqua. Dando così ad un malato una quantità massima d'un litro di latte nelle ventiquattro ore e frutta fresche (uva, pere, ciliegie, aranci) si ha il vantaggio di ovviare alla ricchezza di cloruro sodico ed alla povertà d'idrati di carbonio di una cura lattea assoluta. Quanto agli asparagi essi agiscono per i sali di potassio e per l'asparagina; però costituiscono quasi un diuretico medicamentoso assai irritante per i reni.

Le eccitazioni cutanee agiscono in modo favorevole alla diuresi purchè non producano sudori troppo abbondanti e nelle nefriti acute spesso si son visti buonissimi risultati anche nei casi di anuria: nelle nefriti croniche il bagno caldo non farebbe che affaticare il cuore già tendente per sè a stancarsi. I bagni eccitanti della pelle (solforosi, alcalini, carbonici) hanno un effetto diuretico spiccatissimo. Le revulsioni nella regione lombare o le sanguisughe e così i cataplasmi o le frizioni su questa regione agiscono decongestionando il rene. L'idroterapia fredda nonostante l'effetto diuretico è da temersi nei nefritici.

Gli enteroclismi forse agiscono per l'acqua assorbita. Un fattore da non trascurare è il riposo in letto e il Linossier e il Lemoine hanno dimostrato la frequenza e l'importanza dell'oliguria provocata dalla stazione eretta.

Quanto ai mezzi medicamentosi l'A. parla dell'incostanza dei risultati ottenuti coll'iniezione di siero estratto dalla vena renale: secondo il Thévenot sarebbe sempre da tentarsi perchè anche senza azione diuretica può determinare un notevole miglioramento per la sua azione antitossica.

L'opoterapia epatica ha dimostrato nelle cirrosi un aumento della quantità di urina: e secondo il Perrin essa merita di essere tentata negli oligurici cardiaci, renali, cachettici, intossicati, feb-

bricitanti, almeno quando il regime è senza effetto e quando non si possono più adoperare i diuretici cardiaci o renali classici.

La comunicazione più originale del Congresso fu quella dello Chauffard che ha dimostrato gli effetti diuretici della diuretina formata per sintesi nell'organismo; questa sintesi si realizza dando dopo la teobromina (1 gm.) insieme a salicilato sodico (2-3 gm.).

In genere il primo rimedio va somministrato il mattino e il secondo nel pomeriggio: la diuresi così provocata dura qualche giorno senza bisogno di ricorrere a dosi giornaliere.

Quanto alla digitale e alla teobromina tutti ormai sono d'accordo nell'ammettere che l'azione diuretica è più spiccata a dosi deboli che a dosi forti: così colla teobromina si ottiene una diuresi uguale con dosi di 50 cgm. che di un gm.: il risultato è poi più durevole quando si somministrano piccole dosi.

Oltre ai diuretici classici esistono numerosi altri quali il vischio, il cloruro di calcio, la teocina e l'adonis. Quanto al vischio sembra attivare la eliminazione dei cloruri e combatte l'albuminuria: se ne somministrano 10-15 cgm. di estratto acquoso per giorno. Il cloruro di calcio non solo ha azione diuretica ma declorurante: il Vitry lo somministra in dosi di 50 cgm. al giorno per una settimana. P. A.

IGIENE

Osservazioni sulla malaria.

Il dott. D. Falcioni ha compiuto varie osservazioni diligenti e coscienziose sulla malaria, durante il suo esercizio in condotta nell'Agro Romano, ed ha potuto raccogliere alcuni fatti che a noi paiono meritevoli di attenzione.

Il più importante da lui accertato è forse questo: le anofele si diffondono praticamente poco; perciò i focolai d'infezione sono strettamente localizzati. Le anofele che si accantonano nelle abitazioni umane, nelle stalle, nelle cantine, quando vi trovano l'uomo malarico assorbono il materiale infettante per diffonderlo *nelle vicinanze* dopo un periodo variabile d'incubazione: così i focolai d'infezione si stabiliscono in località necessariamente abitate dall' uomo. Dormendo all'aperto, lontano dalle abitazioni, si corrono minori pericoli, appunto perchè più difficilmente le anofele ivi si trovano infette. Così i contadini durante la trebbiatura, i pastori durante tutto l'anno, restano relativamente rispettati dalla malaria.

Cercare rifugio in località protette è tendenza naturale della anofele, come dell'uomo: in esse s'incontrano, e perciò si diffonde l'infezione.

Sulla gravità dell'epidemia interverrebbero due elementi. In primo luogo la densità della popolazione: così nelle stazioni ferroviarie la malaria è più grave che nei caselli vicini, perchè sono abitate da un maggior numero di persone. In secondo luogo vi concorre la densità delle anofele: così vi sono delle plaghe oltremodo temibili, perchè popolatissime dalle anofele, sebbene siano relativamente poco abitate dall'uomo. Per es., latifondi e terre paludose sono di solito più tormentati dalla malaria che non i suburbi.

Nel determinare la recrudescenza pre-epidemica avrebbe molta parte la biologia del parassita, la cui esistenza dev'essere regolata per la conservazione della specie, in modo che ad un'epoca propizia dà manifestazioni di vita.

Ma il meccanismo intimo del fatto ci sfugge.

A produrre l'epidemia avrebbero parte le infezioni primitive, le recidive ed, in numero notevole, anche le infezioni latenti che si rendono manifeste. L'esplosione epidemica è favorita da speciali circostanze, inerenti alle abitudini di vita dei lavoratori, alle esigenze della coltivazione, ai fattori climatici, ecc.

Nel campo della profilassi l'A. ha trovato efficacissimo il concorso di persone pratiche, scelte fra quelle che esercitano ascendente sulle masse e che vivono a contatto continuo coi lavoratori, se istruite esaurientemente.

L'A. si è giovato molto della propaganda, non solo teorica, ma pratica, non solo orale, ma di azione, fatta persino portando gl'interessati a snidare le anofele sotto i mobili, negli angoli oscuri, nelle stalle, così da sopprimere i focolai locali d'infezione. Per la distribuzione del chinino si dimostrarono utilissimi i *coadiutori* del medico.

Questi dati sono raccolti in una memoria che fa parte del volume per le onoranze ad Angelo Celli.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(93). *L'acqua ossigenata nell'ipercloridria.* — Nel fascicolo 6 del « Policlinico » 9 febbraio 1913, Sezione pratica, nel capitolo: Terapia, « sulla cura dell'ipercloridria » leggiamo:

Goodmann dà da uno a due cucchiaini da caffè di acqua ossigenata *purissima* da ingerire in un bicchiere di acqua tre volte al giorno; la solu-

zione *purissima* a quanto per cento? Carlo Erba prepara il perneozonio al 36 % di H^2O^2 (120 vol. di O). Di tale preparato che quantità bisogna prenderne per seguire il metodo di Goodmann per 1 o 2 cucchiaini da caffè?

Fertz Poly fa prendere a digiuno 300 cent. cubici di una soluzione al ½ % (cioè gm. 1 e mezzo in 300 gm. di acqua); non sembra tale preparazione intollerante? Ho interesse conoscere tali somministrazioni di dosi, perchè il mio paziente, per ben lunghi 30 anni, sofferente di una ribelle ipercloridria, costretto, dopo aver sondato tutti i metodi di cura, a sperimentare l'H^2O^2 di preparazione Erba, ha notato un discreto vantaggio adoperandone 10 gocce (preparazione Erba) due volte al giorno prima dei pasti. Si compiaccia rispondermi sulla Posta Abbonati. Con stima.

Rivello.

Dott. D'Ambrosi Paolo.

Per soluzione purissima di acqua ossigenata secondo la farmacopea ufficiale si deve intendere quell'acqua ossigenata usata in medicina che dà 12 volumi di ossigeno, e che contiene il 3.60 % di biossido d'idrogeno; la sua reazione deve essere neutra.

Sia Carlo Erba (Perneozonio) sia Merck hanno ottenuto acqua ossigenata il primo a 120 volumi d'ossigeno il secondo a 100 % in volume (30 % di perossido d'idrogeno). Ma non di queste si parla con le parole *acqua ossigenata purissima*; a parità di purezza nelle due varietà di prodotti, varia la concentrazione.

Per il suo malato si attenga quindi all'acqua ossigenata della farmacopea ufficiale (3.60 %, 12 volumi di O), nelle diluizioni dettate dal Goodmann, un cucchiaino da caffè diluito in un bicchiere d'acqua, due o tre volte al giorno.

Se poi vorrà ricorrere ai prodotti concentrati, come tutti i medicamenti, essi dovranno convenientemente essere diluiti. *t. p.*

(94). *L'adrenalina nella cirrosi epatica.* — Nel fascicolo 5, pag. 176 a. c. del « Policlinico » leggo i vantaggi curativi dell'adrenalina nella cirrosi epatica. Siccome questa malattia da noi è frequente, sarei obbligatissimo a V. S. se avesse la compiacenza di indicarmi la relativa tecnica e dose e se previamente occorra praticare la paracentesi.

Gradisca ossequiosi sensi di stima e riconoscenza dal suo antico abbonato

Fiorano (Bergamo).

Dott. Gasparini Luigi.

Le iniezioni intraperitoneali di adrenalina si praticano con la tecnica comune a tutte le iniezioni intraperitoneali di liquidi medicamentosi: con siringa munita di ago sottile si penetra nella cavità peritoneale: trattandosi di cirrotici ascitici, quando i segni percussori diano sicurezza della presenza del liquido, non si abbia timore alcuno di ferire l'intestino, si aspiri una certa quantità di liquido per essere sicuri di trovarsi nella cavità peritoneale; si sostituisca il liquido ascitico della siringa col liquido medicamentoso e si proceda all'iniezione.

Circa le dosi di adrenalina che si possono usare, esse non sono diverse da quelle usate per via sottocutanea; il medicamento diluito nella gran quantità del liquido peritoneale lentamente passa in circolo: è prudente cominciare della dose di 1 cm. cubo della soluzione al millesimo, e aumentare progressivamente fino a 4-6 cm. cubi. Naturalmente la soluzione deve essere convenientemente sterilizzata.

Il metodo dovrebbe coadiuvare alla diminuzione del liquido ascitico, al di fuori della paracentesi; ma è quasi sempre insufficiente allo scopo, ed allora nei singoli casi il medico dovrà conciliare le due tecniche opportunamente. *t. p.*

VARIA

L'Italia nei giornali medici stranieri. — Non si dà quasi mai il caso di trovare nei giornali medici stranieri un accenno alle cose nostre che sia esente da inesattezze, spesso amene, talvolta inaspettate.

Eccone un esempio che cade ora casualmente sotto i nostri occhi.

Il « Paris Médical » del 29 marzo a proposito del IV Centenario di fondazione dell'università di Parma, ricorda le date di fondazione di tutte le università italiane governative, a partire da quella di Bologna, che chiama la più antica d'Italia (o perchè non del mondo?) a quella di Palermo (1805). E così conclude:

« Vi sono anche quattro università dette libere, cioè mantenute dalla Santa Sede, a Perugia (1276), Ferrara (1391), Urbino (1564) e Camerino (1727). In realtà non sono che seminari di grado superiore ».

Li immaginate voi, colleghi, gl'insegnanti e i discenti delle quattro università in abito talare?

J. T.

Il fascicolo di aprile 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Giovanni Perez** - Sulle cosidette cisti ossee.

II. **Dott. Amatore Austoni** - Sulla compressione artificiale dell'ipofisi.

III. **Dott. Valentino Barnabò** - Ulteriori ricerche sperimentali sulla secrezione interna testicolare.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

Prof. SCHMIEDEN. **Corso di operazioni chirurgiche.** 1913. Un. Tipogr. Editrice Torinese.

Sulle orme della 2ª edizione tedesca seguita alla prima a breve distanza, il prof. Uffreduzzi di Torino traduce ed annota questo bel manuale di medicina operatoria, e lo completa ancora meglio con l'aggiunta di vari capitoli sulle operazioni tipiche dei genitali femminili, sulla chirurgia dell'ipofisi, del ganglio di Gasser, ecc.

La medicina operatoria ha subito modificazioni profonde ed è in continua evoluzione: si perfeziona nella tecnica, e si estende sempre più nel suo campo d'azione in rapporto alle quotidiane necessità della clinica. La rifioritura di sempre nuovi trattati di medicina operatoria ne seguono e ne dimostrano l'incremento continuo.

Si può dire che il libro del prof Schmieden, illustrato da un vero atlante di figure nitide, racchiuda in forma chiara e concisa gli ultimi e migliori progressi di questa scienza.

Raccomandandolo, siamo sicuri di fare opera utile a medici e studenti. P. S.

Prof. dott. HUBERT GEBELE. **Die chirurgischen Untersuchungsmethoden.** Lehmann, München, 1912.

È un libro di diagnostica chirurgica elementare. Ha il pregio di essere breve, e di illustrare le principali affezioni con figure belle e dimostrative, nonchè con parecchie radiografie. In una prima parte sono descritti i caratteri generali delle affezioni chirurgiche rilevabili con l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'ascoltazione, mentre i vari capitoli della seconda parte del libro, sono dedicati rispettivamente alla tecnica ed alle precipue indicazioni del sondaggio delle vie digerenti e urinarie; della puntura cerebrale e spinale; dell'esame fisico, chimico e batteriologico degli essudati e transudati; della sierodiagnosi chirurgica; dell'endoscopia; e finalmente della radiografia.

Questo piccolo manuale, dedicato in buona parte ai metodi moderni di diagnosi chirurgica, potrebbe con utilità essere tradotto nella nostra lingua. A. C.

LAULETTA. **Chirurgia della Prostata.** Unione Tip. Editrice Torinese, 1912. L. 8.

È un lavoro il quale, sebbene non contenga nulla di originale intorno alle varie questioni che ancora si dibattono sulle lesioni della prostata, pure è molto importante sopratutto dal punto di vista pratico. Dopo un'esposizione esatta e completa dell'anatomia della regione, e dopo un esteso riassunto della fisiologia della prostata, l'A. passa ad esporre in successivi capitoli la flogosi, l'ipertrofia, i tumori maligni, le cisti ed i calcoli di questa glandola. Il capitolo sull'ipertrofia prostatica è il più esteso ed il più completo: esso merita di esser letto non solo perchè con molta chiarezza vi è esposta la tecnica delle operazioni che si praticano in tale lesione; ma anche perchè vi sono riassunti e discussi tutti i varî mezzi terapeutici che sono stati consigliati ed applicati. Forse non altrettanto diffusamente sono trattate l'etiologia e la patogenesi di questa importante malattia, nonchè le questioni intorno agli esiti prossimi e remoti della prostatectomia sia per via soprapubica, sia per via perineale, e sulle quali tanto si discute.

L'indice bibliografico annesso al volume è molto esteso ed esattamente esposto.

In complesso questo lavoro del Lauletta merita di essere consultato sopratutto per la tecnica operatoria che in esso è esposta in modo preciso e con molti particolari. *Al.*

F. COLLEY. **Die chronische Entzündung des Blinddarmanhanges (Epityphlitis chronica).** Berlin. A. Hirschwald, 1912, Mk. 6.

In questa splendida monografia che riassume tutto ciò che di più moderno è stato scritto sull'appendicite cronica è svolto in modo lucido il rapporto tra questa malattia, il cieco mobile e la tiflite stercorale. Per tecnica operatoria l'A si riferisce ai lavori del Sonnenburg e dello Sprengel, tratta invece con mano sicura le indicazioni operatorie. Uno dei capitoli più interessanti è quello sui rapporti tra affezioni dell'appendice e le altre malattie. A. P.

C. GARGANO. **L'eresipela e le complicazioni streptococciche.** Unione tip. editrice torinese, 1912. L. 10.

In un bel volume di 256 pagine, provvisto di una ricchissima bibliografia, l'A. raccoglie quanto si conosce intorno all'infezione eresipelatosa e alle complicanze streptococciche. Ampia trattazione ha la parte bacteriologica, rapida la parte clinica; nulla è trascurato nel capitolo delle complicanze a carico dei varî organi. È difficile portare una sola parola nuova in un argomento tanto studiato; l'A. però con ordine espone quanto si ha di più moderno, seguendo lo svolgimento del pensiero scientifico. *t. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'ammissione ai concorsi.

Le formalità richieste per l'ammissione ai concorsi banditi dalle pubbliche amministrazioni sono oggi molto ingombranti.

Più che altre categorie di professionisti, i medici sono interessati ad ottenere una riforma in quanto che essi si trovano nella necessità di sostenere parecchi concorsi durante la loro vita professionale.

I documenti d'obbligo debbono essere prodotti prima della chiusura del concorso; la laurea deve sempre ed in ogni caso essere nell'originale od in copia notarile; gli altri documenti, salvo quelli di leva, debbono essere stesi in carta da bollo; si richiede che siano autenticati dalle autorità compenti — tra l'altro, se il comune che bandisce il concorso ha sede in altra provincia, le firme del sindaco debbono essere vidimate dal prefetto; — le attestazioni di sanità, buona condotta e penalità non debbono portare una data anteriore ai sei mesi; non si accettano nuovi titoli dopo la chiusura del concorso, anche se la Commissione non si è ancora adunata; ecc.

Tutte queste norme sembrano ideate per allontanare i concorrenti. Nel fatto portano spesso a questo risultato.

Ad esempio, accade qualche volta che i documenti siano impegnati in un concorso e che, malgrado tutta la buona volontà, non sia possibile di riaverli in tempo utile per partecipare ad un altro concorso al quale si aspirerebbe. Altre volte un documento tarda ad essere rilasciato da un poco zelante funzionario della nostra burocrazia. Quando il tempo stringe, perchè si è venuti troppo tardi a conoscenza del bando di concorso, non si tenta neppure di raccogliere i documenti. Una volta, allorchè non v'era l'attuale richiesta di medici, l'onestà di molte amministrazioni comunali e ospedaliere portava a dare una pubblicità ristretta ai concorsi, così da ridurre il numero dei candidati e favorire qualche beniamino; al più, per salvare le apparenze, si attendeva che il concorso fosse prossimo a scadere per comunicarlo ai periodici professionali: in tal modo veniva reso praticamente impossibile di procurarsi i documenti richiesti a chi non era informato in precedenza dell'apertura del concorso. Del resto, si tratta di un vizio non ancora emendato...

Anche dopo aver avuta la tenacia di raccogliere tutti i documenti richiesti, sono possibili delle sorprese. Un'irregolarità di forma, un nome trascritto male, un errore di data, l'omissione di un bollo, sono motivi bastevoli nella loro futilità perchè un concorrente si veda irrevocabilmente scartato.

Riteniamo giustificata una protesta contro questi formalismi, le cui conseguenze trascendono dal semplice interesse personale dei concorrenti e investono l'interesse collettivo, poichè eliminano anticipatamente molti professionisti dai posti ai quali ambirebbero ed ai quali potrebbero essere più adatti.

Conviene riconoscere che la nostra Direzione di sanità ha sempre dato prova di molta larghezza nell'interpretare la legge sanitaria ed il regolamento relativo, per quanto riflette l'ammissione ai concorsi, così da temperarne il rigore ed attenuarne le conseguenze.

Invece la nostra magistratura ha, con responsi quasi concordi, applicato la legge nel modo più letterale, rendendo possibile un vero ostruzionismo.

Tanta maggior lode va data alla IV Sezione del Consiglio di Stato, che a due riprese, nel 1908 e in questi giorni, ha ritenuto non doversi richiedere il titolo accademico allorchè questo risulti già implicitamente documentato.

È sperabile che la stessa liberalità di criteri guidi per l'avvenire i nostri Magistrati.

La seconda di queste deliberazioni (pronunziata il 28 marzo u. s.) concerneva un medico (dottore Policarpo Trabucco) condottato nella frazione di un comune (Carinolo), escluso dal concorso bandito per un'altra frazione dello stesso comune unicamente perchè egli aveva ritenuto superfluo di produrre il diploma di laurea, da lui già prodotto pel posto occupato. Aveva allegato, invece, il libretto universitario.

Si è resa necessaria l'efficace assistenza di due valorosi legali, l'on. Comandini e l'avv. Selvaggi, perchè venisse annullata la decisione che lo aveva escluso dal concorso!

Siamo decisamente convinti che s'imporrebbe ormai una semplificazione procedurale per le ammissioni ai concorsi, pure esigendosi la stessa documentazione attuale per addivenire alla nomina.

Un'altra questione di portata minore ma che dal punto di vista morale è assai grave, è la facoltà concessa agli enti amministrativi d'imporre condizioni arbitrarie, che si prestano ad eliminare qualche concorrente: limiti ristretti di età, obbligo di assumere il servizio entro un termine brevissimo (non tutti sono liberi di lasciare subito il posto occupato), richiesta di titoli speciali ecc. Si giunge ai concorsi banditi pro forma, " ad personam ". Sotto la veste della legalità vengono perpetrati notoriamente veri arbitri.

Anche questa materia meriterebbe di essere disciplinata. L. V.

***

La questione dei così detti « documenti di rito » così opportunamente studiata dall'amico L. V. presenta oggi un altro lato nuovo.

Negli ospedali di Roma il R. Commissario straordinario (si chiama ancora così benchè ormai si tratti di una straordinarietà molto ordinaria) ha pensato bene di aggiungere di sua iniziativa un nuovo *documento di rito* a quelli consuetudinari per essere ammessi ad un concorso per medici assistenti, e cioè la ricevuta di una tassa di lire venti da lui creata appositamente per l'ammissione ai concorsi.

La trovata del R. Commissario per gli ospedali romani ha sollevato un coro di riprovazioni e se ne sono fatte eco diverse associazioni professionali.

Eppure questa trovata a me pare un fenomeno che si spiega con l'*ambiente economico* formato da qualche tempo negli ospedali della capitale del regno. Ogni concorso importa una spesa: perchè deve sopportarla l'ente? la paghino i concorrenti.

Questo ragionamento è perfettamente logico, dati i concetti dominanti fra i dirigenti dei massimi nosocomi d'Italia.

Non sono mica gli ospedali che hanno bisogno dei medici; gli ospedali ne potrebbero fare benissimo a meno; per essi bastano i ragionieri. Sono invece i medici che hanno bisogno degli ospedali per imparare quello che i maestri non hanno saputo insegnare nelle università e per formarsi una clientela. Se i medici perciò vogliono soltanto affacciarsi al cancello del Policlinico (o dell'Ospedale Maggiore, o degl'Incurabili, o di Pammatone) ebbene paghino quest'onore che « l'amministrazione » concede loro!

Per le nuove generazioni di medici l'incidente della *tassa di venti lire*, escogitata dall'ottimo comm. Gajeri, è molto istruttivo perchè insegna ad essi che in questo mondo è stimato soltanto chi sa farsi desiderare, e che nella società moderna così sfruttatrice delle energie altrui nulla è più pernicioso dell'esibizionismo professionale.

Vi sono oggi alcune categorie di giovani ingegneri specialisti che ottengono dei decorosi posti molto rimunerativi senza muovere un passo e senza presentare nessun documento di rito; gli industriali ed anche qualche ufficio pubblico vanno essi a cercarli nelle loro case. Sono pochi, è vero, e questa è loro forza. Ma anche la classe medica deve prepararsi per il giorno forse non lontano in cui sarà cessata la sua pletora.

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

La sezione di Roma dell'Associazione nazionale medici condotti ha votato il seguente ordine del giorno:

« La sezione di Roma dell'A. N. M. C., presa visione del bando di concorso emanato dal regio commissario per gli ospedali riuniti di Roma, che obbliga i candidati a versare una tassa per poter partecipare al concorso, deplora questo sistema antidemocratico e fiscale inaugurato dal comm. Gajeri. »

Ordine dei medici della provincia di Alessandria. — Il Consiglio amministrativo dell'Ordine ha indetto l'adunanza generale ordinaria per domenica 27 aprile 1913, alle ore 14 per la seduta di prima convocazione, ed alle ore 14.30 dello stesso giorno, per quella successiva di seconda convocazione nel caso che il numero dei presenti, sommato delle regolari deleghe da parte degli inscritti all'albo, non raggiungesse il quarto richiesto dal regolamento. L'O. d. G. reca temi interessanti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3764) *Pensioni.* — Il Dott. O. T. da S. P. V. chiede conoscere se avendo servito per quindici anni ed essendosi ora dimesso dalla carica di medico condotto abbia diritto a pensione o ad indennità.

Non ha diritto nè a pensione nè ad indennità non trovandosi in alcuno dei casi previsti dagli articoli 13 e 14 della legge del 1898 14 luglio, n. 338.

(3765) *Vaccinazione - Compenso.* — Il Dott. O. D. da S. G. chiede conoscere se i medici condotti hanno l'obbligo di vaccinare tutti gratuitamente e se nell'obbligo imposto ai Comuni di sostenere le spese per le vaccinazioni vi sia compreso quello di corrispondere un compenso ai vaccinatori.

Il medico condotto è obbligato a vaccinare tutti gratuitamente anche quando tale onere non sia stato ancora inserito nel relativo capitolato. Tra le spese che sono a carico dei Comuni per l'obbligo delle vaccinazioni non è compresa quella per eventuale compenso ai vaccinatori.

(3766) *Circoscrizione delle condotte - Servizio necroscopico.* — Il Dott. P. Z. da F. desidera conoscere se avendo un nuovo capitolato modificato la circoscrizione delle condotte i medici debbano attenersi alla nuova od alla vecchia circoscrizione e se il servizio necroscopico competa ad ogni medico nella propria circoscrizione od anche in altre.

Bisogna attenersi alla circoscrizione stabilita dal nuovo capitolato che ha modificato sostanzialmente il primo, togliendogli ogni effetto e valore giuridico. Il servizio necroscopico spetta

al medico condotto nell'ambito della circoscrizione territoriale assegnatagli, giacchè ognuno deve adempiere agli obblighi che ad esso affida la legge.

(3768) *Levatrici.* — Il Dott. E. P. da G. desidera conoscere se la legge permette alle levatrici di fare iniezioni sottocutanee ad ammalate fuori del loro compito, come p. es. ad anemiche.

Le levatrici non possono praticare iniezioni sottocutanee ad anemiche o ad altre inferme perchè compiono operazioni non autorizzate dal relativo diploma e, quindi, contravvengono al disposto dell'art. 53 del vigente testo unico delle leggi sanitarie.

(3769) *Impedimento del medico - Sostituzione - Cura abbienti.* — Il Dott. G. L. da M. desidera conoscere se un medico che assiste una puerpera dopo un aborto embrionale, sia esentato dal prestar la propria opera ad altri infermi e se, sostituito da altri, debba egli pagare i relativi onorarii. Chiede inoltre conoscere se possa dimettersi dal solo servizio degli agiati mantenendo solo quello dei poveri.

Il medico che assiste una puerpera dopo un aborto embrionale può prestare la sua opera anche ad altri infermi. L'onorario del medico che l'ha sostituito deve cedere a Suo carico perchè Ella non trovavasi nè in regolare congedo nè infermo. Non è ammissibile la dimissione dal solo servizio degli abbienti, perchè il Comune per provvedere all'uopo dovrebbe ricorrere alla nomina di altro speciale sanitario, mentre ciò non è consentito dalla legge che impone ai Comuni il solo servizio di cura e di assistenza sanitaria pei poveri.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AGGIUS (*Sassari*). — Due condotte, capoluogo e Trinità; L. 3650 ciasc. nette, obbl. arm. farm.; Scad. 30 aprile.

*BERGAMASCO (*Alessandria*). — Condotta: L. 900 e L. 100 quale uff. Sanit. Ab. 2259 con 67 famiglie povere. Scad. 1 maggio.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto Vedi fasc. 15.

CAMPAGNANO (*Roma*). — Condotta piena per Cesano; L. 2600 lorde ed alloggio; L. 100 per arm. farm. Scad. 7 maggio.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). Condotta; L. 4200 aument. Scad. 30 aprile.

*CARAVAGGIO (*Bergamo*). — 2ª Condotta; L. 3500 lorde e 3 sessenni; L. 300 per cav. Scad. 24 apr.

CAVALLERLEONE (*Cuneo*). — Condotta pei poveri: L. 1800 e L. 200 quale uff. san. Scad. 30 aprile.

CORNO (*Como*). *Brefotrofio Provinciale.* — Medico ostetrico-aiuto. Concorso per titoli fino al 26 apr.; L. 2400. lorde di R. M., aumentabili di un decimo per tre sessenni. Età massima anni 32. Rivolgersi Deputazione Provinciale.

CRESPINO (*Rovigo*). — Condotta piena 2° reparto; L. 1800 e L. 200 quale uff. san.; servizio dell'ospizio comunale e ambulatorio a trimestri alterni con l'altro sanitario. Scad. 4 maggio. Servizio entro 10 giorni.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde, tre sessenni. Scad 20 mag.

* GRADOLI (*Roma*). — Condotta; L. 2650 pei poveri, L. 1350 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde. Scad. 35 giorni dal 29 marzo.

LUMEZZANE PIEVE (*Brescia*). — Condotta piena; L. 4000 lorde, più 100 come uff. san.; 2 sessenni; esonero cav. Ab. 2340. Scad. 30 aprile.

MONFORTE D'ALBA (*Cuneo*). — Condotta con Castelletto e Perno pel servizio dei poveri; L. 1300. Scad. 30 aprile.

MONTARGENTARIO (*Grosseto*). — Condotta piena per Grotte Portercole; L. 3000 lorde e 3 quinquenni di un decimo; abit. 2000. Scad. 30 aprile.

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

*MONTONE (*Perugia*). — A tutto il 30 aprile, tutta cura. Vedi fasc. 15.

NAPOLI. — *Augustissima Arciconfraternita e Ospedale dei Pellegrini e Convalescenti.* Otto posti di alunni chirurgi nell'Ospedale dei Pellegrini per la durata di anni 3. Schiarimenti dall'Ufficio del Pio Luogo, Largo dei Bianchi, 7. Scad. 30 aprile.

NAPOLI. *R. Università.* — Concorso per esame al posto di assistente della clin. ostetrica (legato Tarsitani. L. 600 annue per un biennio. salvo altra conferma biennale). Rivolgersi al Rettore. Scad. 15 maggio.

OROTELLI (*Sassari*). — Condotta; L. 4000 lorde, non più di 50 anni e servizio per almeno 1 anno presso altro Comune. Scad. 30 aprile.

PERUGIA. *Università degli studi.* — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PORDENONE (*Udine*). — *Ospedale Civile.* Medico assistente; L. 1500 lorde, alloggio e compartecipazione proventi. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 25 aprile.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — 3ª Condotta; abitanti 1974; L. 3000, cura piena. Scade 30 aprile.

ROMA — *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma.* Concorso per 40 posti di assistente medico-chirurgo. Chiedere annunzio alla segreteria. L. 20 di tassa d'esame. Scadenza ore 12 del 25 aprile.

SANT'ANASTASIA (*Napoli*). — 3 condotte; L. 1200 lorde ciasc. Scad. 30 aprile.

SAPONARA DI GRUMENTO (*Potenza*). — Condotta; L. 1400 pei poveri, L. 1050 per gli abbienti, L. 100 quale uff. san., lorde di R. M. Età limite 50 anni s. eccez. regol. Scad. 10 maggio.

SCALDASOLE (*Pavia*). — Condotta piena (1200 abitanti); L. 3250 aument. Scad. 30 aprile.

TIGNALE (*Brescia*). — Condotta piena; L. 3500 aument. Scad. 30 aprile.

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista.* — Assistente nella Clinica Chirurgica (fondazione Pacchiotti); L. 1000. Rivolgersi al Municipio (Ufficio d'istruzione). Scad. 30 aprile.

VENEZIA *Comune*. — Medico vice ispettore al servizio sanitario; L. 4500 e quattro aumenti quinquennali del decimo. Esperimento biennale. E' vietato l'esercizio privato della professione. Età massima anni 40, salva eccez. regolamentare e la facoltà del Consiglio di derogarvi. Quattro anni di assistentato effettivo in clinica od ospedale. Sono equiparati a cittadini dello Stato i cittadini di regioni italiane di altri Stati. Documenti alla segreteria entro le ore 17 del 3 apr.

VERONA. — Condotta 5° circondario interno; L. 3000, quattro quinquenni; biennio di servizio ospitaliero o di condotte. Scade 3 maggio.

VIÙ (*Torino*). — Condotta Viù - Col San Giovanni; L. 1800 pei soli poveri, assunzione 1 gennaio. Scad. 30 aprile.

Dal Comune di Artena (Roma) ricercasi interino per una delle due condotte mediche resasi vacante. Stipendio lire quindici al giorno. Per trattative rivolgersi al Sindaco.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazion Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Ponte nelle Alpi (Belluno), Piazza Brembana, Lenna, Valsegna, Moro de Calvi, Olmo al Brembo Gazzaniga, Arezzo (Bergamo), Pergola e Castelleone di Suasa (Ancona), Fontana Liri (Caserta), Olevano Romano (Roma), Bergamasco (Alessandria), Monforte-Castelletto-Gerno (Cuneo).

La sezione trevigliese dell'Associazione Nazionale medici condotti ricorda ai colleghi che è sempre diffidato il concorso alla condotta vacante di Caravaggio per la quale l'Amministrazione si ostina a mantenere il servizio gratuito per tutti gli abitanti.

La Sezione di Lugo avverte che la condotta diffidata di Bagnacavallo è coperta dall'interino e prega i colleghi, se richiesti, a non prestarsi a far licenziare il medesimo, che procede d'intesa colla Sezione.

Revoca di diffide: S. Giustina (Belluno) Clauzetto (Udine), Falmenta e Uniti (Novara) Teodorano e Civitella di Romagna (Forlì), Corneliano d'Alba (Cuneo).

La Sezione di Novara ha revocata la diffida al concorso per la condotta medica del Comune di Cureggio, avendo quel Comune concesso i miglioramenti richiesti dalla Sezione.

NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE.

Le onorificenze ai medici militari per la guerra di Libia.

Pubblichiamo l'elenco completo delle onorificenze conferite agli ufficiali medici per la guerra di Libia, dolenti che per ragioni di spazio non ci sia possibile di pubblicare anche le relative motivazioni.

R. ESERCITO.

Medaglie d'argento al valor militare.

4° *regg. fanteria*: Barbaro Nicolò da Monte albano di Elicona (Messina), capitano medico.

23° *regg. fanteria*: Panagia Antonino da Vittoria (Siracusa), tenente medico.

50° *regg. fanteria*: Gillone Carlo da Livorno, capitano medico.

52° *regg. fanteria*: Germino Alfredo da Moliterno (Potenza), tenente medico.

57° *regg. fanteria*: Bedei Maurizio da Forlì, capitano medico.

63° *regg. fanteria*: Paladino Domenico di Gioj Cilento (Salerno), capitano medico.

68° *regg. fanteria*: Selvi Giovanni da Siena, tenente medico; Capponago Del Monte Luigi da Milano, sottoten. medico di complemento.

79° *regg. fanteria*: Russo Domenico da Paternò (Catania), sottoten. medico di complemento; De Liso Carlo da Bari. id. id.

82° *regg. fanteria*: Damiano Nicola da S. Severo (Foggia), capit. med.

84° *regg. fanteria*: Gallia Amelio di Solero (Alessandria), tenente medico.

11° *regg. bersaglieri*: Romano Enrico da Accettura (Potenza), capitano medico; La Grotteria Pasquale da Monterosso Calabro (Catanzaro), capitano medico; Rellini Guido da Roma, sottotenente medico di complemento.

2° *regg. alpini*: Sordi Giuseppe da Girgenti, tenente medico.

5° *batt. indig. eritrei*: Perrier Stefano da Tenda (Cuneo), tenente medico.

6° *batt. indig. eritrei*: Colloca Enrico da Briatico (Catanzaro), tenente medico; Pagliaro Giuseppe da Santo Stefano di Camastra (Messina), tenente medico.

7° *batt. indig. eritrei*: Marotta Gaetano da San Cipriano Picentino (Salerno), tenente medico; Paoletti Verecondo da Perugia, id. id.

Compagnie di Sanità; Ospedali da campo ecc.: Chini Gaetano da Cortemaggiore (Piacenza), capitano medico; Trovanelli Luigi da Rimini (Forlì), id. id.; Bucciante Alfredo da Fossacesia (Chieti), tenente medico; Orlandi Vincenzo da Turi (Bari), id. id.

Medaglie di bronzo al valor militare.

2° *regg. granatieri*: Briguglio Santi da Nizza Sicilia (Messina), tenente medico

4° *regg. fanteria*: Mastraviti Nicola da Grumo Appula (Bari), tenente medico; Fiumefreddo Vincenzo, da Regalbuto (Catania), id. id.; Basile Antonio da Martinafranca (Lecce) id. id

6° *regg. fanteria*: Crescimone Rosario da Niscemi (Caltanissetta), capitano medico; Pivetti Francesco da Catania, tenente medico; Cogliati Dezza Giuseppe da Roma, id. id

18° *regg. fanteria*: Giannelli Alessandro da Nocera Inferiore (Salerno), capitano medico; Civita Raffaele da Andria (Bari), tenente medico.

22° *regg. fanteria*: Verando Ettore da Torino, capitano medico; Pitrelli Nicola da Canna (Cosenza), tenente medico; Rizzo Cornelio da Jacksonville (Stati Uniti d'America), sottoten. med. di complemento (*due medaglie*).

23° *regg. fanteria*: D'Anna Augusto da Roma, tenente medico; Pellegrino Lorenzo da Santa Marina (Salerno), sottotenente medico di complemento.

26° *regg. fanteria*: Gabri Giuseppe da Sestri Levante (Genova), capitano medico; Visconti Giuseppe da Berceto (Parma), tenente medico; Negri Giovanni da Ferrara, id. id.; Bellotti Roberto da Varese (Como), sottoten. med. di complemento; Sambataro Giuseppe da Mascalucia (Catania), id. id.; Laureati Enrico da Grottammare (Ascoli Piceno), id. id.

30° *regg. fanteria*: Jacono Francesco da Ventotene (Napoli), capitano medico

34° *regg. fanteria*: Castagneri Giorgio da Nole (Torino), tenente medico; Adinolfi Salvatore da Marcianise (Caserta), id. id.

37° *regg. fanteria*: Lorido Carminantonio da Lapio (Avellino) tenente med. di complemento; Ferrandi Romilio da Milano, sottoten. med. id.; Cavanna Paolo da Alessandria, id. id.

40° *regg. fanteria*: Maffeo Luigi da Castel San Lorenzo (Salerno), tenente medico; Risicato Emanuele da Scicli (Siracusa), id. id.

50° *regg fanteria*: Turilli Antonio da Rieti (Perugia), tenente medico; Zepponeda Napoleone da Cuneo, id. id.; Chiabrera Giorgio da Santhià (Novara) id. id.

52° *regg. fanteria*: Forti Igino da Palombara Sabina (Roma), tenente medico; Mereu Rosolino da Sestu (Cagliari), id. id.

57° *regg. fanteria*: Siliotti Erminio da Albaredo d'Adige (Verona), tenente medico.

60° *regg. fanteria*: Bassi Giuseppe da Piancastagnaio (Siena), tenente medico; Fiorini Nunzio Ferruccio da Gabbioneta (Cremona), id. id.; Bellazzi Luigi da Treviglio (Bergamo), sottotenente medico di complemento

63° *regg. fanteria*: Buonopane Carlo da Salerno, tenente medico; Castiglione Antonio da Procida (Napoli), id. id.; Orlandi Nino da Verona, sottotenente medico

79° *regg. fanteria*: Domine Michele da Napoli, tenente medico.

82° *regg. fanteria*: De Berardinis Luigi da Amatrice (Aquila), ten. med.; Maugeri Nicolò da Catania, id. id ; Ingravalle Alfredo da Roma id. id.; Orlandi Vincenzo da Turi (Bari), id. id.; Ferretti Cristoforo da Monteleone di Calabria (Catanzaro), id. id ; Angrisani Alberto da Somma Vesuviana (Napoli), sottoten. med. di complemento

84° *regg. fanteria*: Vigliani Francesco da Pomaro Monferrato (Alessandria), tenente medico.

89° *regg. fanteria*: Sanna Attilio da Ozieri (Sassari), capitano medico; Galante Carlo da Moliterno (Potenza), ten. med.; Bertinetti Marcellino da Vercelli (Novara), sottotenente medico di complemento.

8° *regg bersaglieri*: Piazza Beniamino da Termini Imerese (Palermo), capitano medico; Castorina Giuseppe da Catania, ten. med.

11° *regg. bersaglieri*: Indelicato Giuseppe da Acireale (Catania), ten. med.; Bertoldi Amilcare da Baldichieri (Alessandria), id. id.; Lentini Diego da Varapodio (Reggio Calabria), id. id.; Demedio Arturo da Catania, id. id

3° *regg. alpini*: Rosero Riccardo da Codigoro (Alessandria), tenente medico.

4° *regg alpini*: Giambi Luigi da Fiumalbo (Modena), tenente medico.

5° *regg. alpini*: Schifani Vincenzo da Cesarò (Messina), tenente medico; Tenaglia Giuseppe da Orsogna (Chieti), id. id.

1° *batt. indig. eritrei*: Masserano Giulio da Torino, tenente medico.

7° *batt. indig. eritrei*: Paoletti Verecondo da Perugia, tenente medico.

(*Continua*).

Corpo sanitario militare.

Ufficiali in servizio attivo permanente. — Maggiore medico promosso tenente colonnello medico: Virgallitta Mario.

Capitani medici promossi maggiori medici: Riva Umberto, Pattinelli Filomeno, Chini Gaetano, Nota Celio, Pastorello Liborio, La Cava Ignazio, Rasero Riccardo, Accorinti Vincenzo, Marotta Gaetano, De Marzo Vincenzo, Sferrazzo Filadelfo Resegotti Enrico.

I seguenti ufficiali medici della scuola d'applicazione di sanità militare sono nominati insegnanti militari aggiunti presso la scuola stessa della materia per ciascuno indicata: Funaioli Gaetano, cap. medico: medicina legale; Fabrizi Nicola, ten. medico: igiene militare; Migliaccio Romano, ten. medico: medicina legale.

I seguenti tenenti medici sono comandati presso la scuola di sanità militare in qualità di assistenti straordinari: Pezzali Roberto, De Simone Giuseppe, Valente Gioacchino, Chiabrera Giorgio.

Ufficiali in posizione di servizio ausiliario. — Capitani medici promossi maggiori medici: Del Bello Antonio, Palumbo Giuseppe, Buccino Tobia, Rostagno Gieuseppe, Melampo Giuseppe.

Ufficiali di riserva. — Colonnello medico promosso maggiore generale medico: Morosi Giovanni.

Maggiore medico promosso tenente colonnello medico: Carlucci Nicola.

Tenenti medici promossi capitani medici: Spicacci Giuseppe, Montalto Vincenzo, Pisani Giacomo, Rigazzi Emilio, Cinque Raffaele, Tommasone Luigi.

Sottotenenti medici promossi tenenti medici: Luciani Arturo, Milite Germano.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Commendatore: Ferrero di Cavallerleone Luigi, tenente generale medico, ispettore capo di sanità militare.

Cavalieri: Sulliotti Efisio, maggiore medico; Gerundo Giuliano, colonnello medico; Degli Uberti Gennaro, id.; Cusani Martino, maggiore medico; Zingales Antonio, colonnello medico alla riserva; Righini Pio, tenente colonnello, id.; Cardi Francesco, maggiore medico, id.; Cusmano Enrico, id. id.; Abate Alfonso, id. id.; Cevaschi Catullo, id. id.; Cairone Fabrizio, id., id.

Ordine della Corona d'Italia.

Cavaliere: Maffi Giuseppe, tenente medico.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione sociale contro le malattie in Inghilterra.

Questa importante riforma ha provocato un lungo e vivacissimo conflitto tra il governo che la imponeva e i medici che la contrastavano.

Importa per noi seguire i sintomi della crisi, in quanto che possiamo trarne utili ammaestramenti ed evitare che il dissidio si ripeta quando — auguriamoci in un avvenire non lontano — ci troveremo di fronte allo stesso problema.

Poichè non è dubbio che l'assicurazione sociale contro le malattie dovrà sostituire, presto o tardi, la nostra organizzazione dell'assistenza medico-farmaceutica ed ospedaliera, alla quale è troppo superiore.

***

Vogliamo dunque indugiarci alquanto sulle cause, sullo svolgimento e sull'esito di questo conflitto.

Conviene rilevare subito che nessuna obbiezione di massima o di principio i medici inglesi hanno sollevato contro la riforma. La loro opposizione venne guidata unicamente o prevalentemente da preoccupazioni di natura economica.

Si sarebbe eliminato qualsiasi contrasto se, nella fretta di condurre in porto una legge sociale così importante, il governo inglese non l'avesse fatta approvare intempestivamente, senza consultare prima le organizzazioni mediche professionali.

Non prevedeva di comprometterne il successo!

***

Nessun riguardo il governo democratico inglese ha usato verso la classe medica. Non si è preoccupato della eventualità che il nuovo sistema ricadesse interamente su di questa. Non ha considerato quali fossero le condizioni minime da soddisfare per garantire ai medici l'indipendenza economica.

Ha forse ritenuta legittima e possibile una sopraffazione, cedendo ad un pregiudizio che corre nel popolo inglese, il quale considera la classe medica come privilegiata in causa degli alti onorari che essa esige, e quindi non è sempre animato da sentimenti benevoli verso di essa...

Il Parlamento inglese ha approvato la legge sull'istanza personale del primo ministro, Lloyd George, malgrado la tenace opposizione della « British Medical Association », la quale protestava sovratutto in ragione dei compensi esigui assegnati ai medici.

La questione economica era certo vitalissima. Nonpertanto rivestiva importanza puramente locale e temporanea: infatti, sia pure attraverso molte difficoltà, è stato possibile redimerla.

Interesserebbe forse di più indagare lo spirito della legge; ma il nostro compito diverrebbe troppo arduo. Ne diremo solo quel tanto che basti a lumeggiare la cronaca degli avvenimenti.

***

La nuova legge assicura l'assistenza sanitaria a chi non può procurarsela senza sacrifici. Inoltre provvede ad alleviare le conseguenze economiche delle lunghe malattie, mediante modesti soccorsi pecuniari. Nell'adempiere questo duplice mandato essa astrae dalla qualità umiliante d'indigenza: infatti include nel suo ambito quasi tutte le classi sociali.

La nuova legge eleva sensibilmente la posizione morale del medico, in quanto che lo esonera dalla necessità di vivere sulle sofferenze dei suoi simili e di trarne lucro: di esigere un compenso da famiglie le cui risorse economiche sono già stremate.

Nell'intendimento del legislatore essa doveva anche scuotere l'indifferenza del medico di fronte alla medicina preventiva, agevolare le consultazioni profilattiche, far valere l'importanza delle ispezioni sanitarie periodiche; insomma, trasformare i medici dell'assicurazione in « ufficiali sanitari ». Ma questo intento è stato in gran parte frustrato.

***

La nuova legge è più comprensiva di quella che vige da tempo in Germania, dovuta al genio di Bismarck. Essa estende l'assicurazione a tutti i cittadini adulti (16-70 anni), senza distinzione di sesso o di occupazione, i quali guadagnino meno di 160 lire sterline (4000 lire it.) all'anno.

Così viene ad essere assistita e sottratta alla pratica medica privata la massima parte della popolazione inglese.

I fondi per l'assicurazione vengono costituiti con versamenti del Governo, dei proprietari e dei 12 milioni di assicurati.

Questi ultimi pagano un premio obbligatorio tenuissimo, di qualche soldo per settimana.

In compenso acquistano il diritto di ricevere gratuitamente le cure mediche ed i medicinali per sè e la famiglia.

Inoltre, a partire dal 4° giorno di malattia e per una durata non superiore alle 26 settimane, è assegnato loro un sussidio che va sino a lire 1.80 al giorno per gli uomini ed a lire 1.35 per le donne. Dopo le 16 settimane questo sussidio viene ridotto.

Le donne assicurate e le mogli di assicurati ricevono, ad ogni maternità, l'assistenza ostetrica ed un sussidio di lire 37.50 (30 scellini) se la sola madre è assicurata, del doppio se lo è anche il padre. L'aborto non dà diritto al sussidio.

Si provvede all'ospedalizzazione tutte le volte che ne è riconosciuta la necessità dal medico.

I malati di tubercolosi possono, su ordine del medico, essere internati in sanatori provinciali, alla erezione dei quali il governo concorre con un fondo di 2 milioni di lire sterline.

Il sussidio spettante ai ricoverati negli ospedali o nei sanatorii è devoluto alle loro famiglie.

L'alcoolismo cronico è considerato come una malattia e curato come tale.

Sono escluse dal benefizio della legge le operazioni di alta chirurgia.

La legge va a beneficio degli operai, dei contadini, degli impiegati, dei domestici; ma è libero di profittare dell'assicurazione chiunque abbia introiti superiori al limite sopra indicato, purchè non si tratti di uno stipendio fisso. Cosicchè persone ricche, le quali prima retribuivano lautamente il medico, potranno d'ora in poi ottenerne l'assistenza pagando meno di 9 franchi all'anno.

***

Il servizio medico doveva essere affidato ad almeno 18,000 professionisti che si presumeva si sarebbero volontariamente iscritti su speciali liste o *panels*.

Ogni assicurato avrebbe scelto un medico di sua fiducia, iscritto nelle liste della sua circoscrizione.

Quale compenso, Lloyd George offrì dapprima ai medici inglesi la quota di lire 5.60 all'anno per ogni assicurato. Computando che la media dei casi di malattia in Inghilterra supera di rado un ventesimo della popolazione totale, quel compenso equivaleva, a suo modo di vedere, a lire 112 annue per ogni infermo realmente curato.

Egli partiva dalla considerazione che le Società di mutuo soccorso inglesi assegnano in media al medico una capitazione di lire 5 e che questo compenso, se non dichiarato sufficiente, è per lo meno accettato. Ma conviene tener presente che queste Società compiono in Inghilterra (non meno che da noi) uno sfruttamento sistematico della professione medica, tanto che a molte riprese si sono dovuti deplorare dei conflitti acuti.

Non di rado queste Società stipulano dei contratti con gli studenti di medicina poveri, ai quali esse forniscono i mezzi necessari per completare gli studi, strappando però loro in cambio l'impegno che, dopo aver conseguito il diploma, presteranno la propria opera con compensi famelici.

Ed è da questi compensi che il Governo prendeva le mosse per valutare la tenue quota offerta ai medici. Evidentemente, il Governo si era messo su di una falsa strada.

Ai medici dell'assicurazione veniva fatto obbligo di prestare la propria opera personalmente, ossia senza delegarvi un assistente. Cosicchè durante i periodi di maggior lavoro essi sarebbero stati costretti a rinunziare alla clientela pagante.

Ai medici dell'assicurazione veniva imposto un lavoro burocratico complicato, il quale naturalmente sarebbe andato a detrimento del lavoro professionale utile.

Infine i medici iscritti nelle liste venivano sottoposti alla sorveglianza di speciali comitati locali d'assicurazione, i quali dovevano redigere ogni mese delle relazioni particolareggiate sulla scrupolosità con cui ogni medico disimpegnava il suo compito. Ad ogni assicurato era concessa la facoltà di denunziare il medico ai comitati, se malcontento della sua opera.

Nei comitati avevano una larga rappresentanza i municipi e le società mutualiste. Immaginiamo, anche da qui, i pettegolezzi, gli sfoghi di vecchi rancori, le piccole vendette, le intrusioni politiche a cui poteva dar luogo questa sorveglianza umiliante e incompetente imposta ai medici.

E poi quali criteri avrebbero avuto i giudici per apprezzare, poniamo, l'opportunità o la necessità di una visita, l'efficacia di un trattamento?

***

Vedremo in un prossimo articolo come i medici inglesi abbiano tentato di reagire al Governo e com'essi siano riusciti a far quotare meglio la loro opera.

L. VERNEY.

LETTERE DA PARIGI

La riunione dell'Istituto internazionale d'igiene pubblica. — Mercoledì 2 aprile si è inaugurata la sessione straordinaria del 1913 all'Istituto internazionale d'igiene pubblica. Quest'anno gli argomenti da trattare concernono oltre il colera, la questione della tubercolosi dei bovini nei suoi rapporti colla tubercolosi umana e il pericolo proveniente dagli insetti quali propagatori delle malattie infettive.

Nel dicembre scorso l'Istituto internazionale di igiene dietro invito ufficiale ricevuto dai Governi interessati, inviava nei paesi balcanici una Commissione incaricata di porgere gli aiuti tecnici necessari contro l'epidemia colerica che invadeva minacciosamente tanto le truppe turche che quelle degli alleati, e i territori rispettivi. La Commissione era composta dal consigliere di Stato, Grande Ufficiale Rocco Santoliquido, presidente del Comitato tecnico dei delegati e del vice-direttore dell'Istituto dott. Pottevin.

In questa sessione l'on. Santoliquido renderà conto dei lavori della Missione.

L'Istituto internazionale d'igiene è un organismo che rende dei servizi utilissimi alle Amministrazioni sanitarie dei paesi partecipanti. Trenta nazioni ne fanno parte. Ogni nazione nomina un delegato tecnico tra le più alte autorità sanitarie del paese. Questi delegati si riuniscono due volte l'anno a Parigi, nominando ogni tre anni un presidente. Tale carica è toccata per la seconda volta all'on. Santoliquido, che tutti sono d'accordo per definire il « presidente ideale ». In ogni sessione si discutono dei gravi problemi di igiene pubblica che in genere sono indicati dai vari delegati, che hanno perciò ricevuto istruzioni dai propri Governi. Le risoluzioni del Comitato sono comunicate alle cancellerie sotto forma di raccomandazioni, l'Istituto non potendo mai immischiarsi direttamente nelle questioni interne dei paesi partecipanti. Per studiare le questioni portate all'ordine del giorno, il Comitato ascolta la lettura di rapporti fatti dai funzionari dell'Ufficio. Tali funzionari sono un direttore J. De Cazotte ministro plenipotenziario, un vice-direttore il dott. Pottevin, un capo dei servizi, tre funzionari tecnici (un medico, un avvocato e un ingegnere) per le tre branche dell'igiene. Un numero adeguato d'impiegati d'ordine, di contabilità, ecc., è adibito ai differenti servizi. L'Istituto possiede una biblioteca, contenente parecchie opere, i principali periodici di medicina generale e di igiene del mondo intero e un gran numero d'importanti documenti inviati dai Governi partecipanti. Questo materiale serve alla compilazione dei rapporti chiesti dal Comitato dei delegati, alla compilazione delle risposte ai vari quesiti continuamente indirizzati all'Istituto dalle Amministrazioni sanitarie, per avere i pareri tecnici necessari, e alla redazione del bollettino mensile.

I rapporti che non hanno carattere riservato sono pubblicati in un bollettino mensile, di circa 200 pagine, che contiene anche una ricchissima collezione di analisi (50 pagine di piccolo testo) di tutti i lavori d'igiene pubblica o scientifici, ma aventi una portata pratica e che possano interessare gli igienisti, siano essi medici, ingeneri o amministratori. Il bollettino pubblica inoltre una statistica sanitaria di tutti i paesi del mondo, compilata in base a documenti strettamente ufficiali la raccolta di tutte le leggi e i regolamenti sanitari che si promulgano in tutto il mondo civile e infine un bollettino epidemiologico sulla marcia del colera peste e febbre gialla.

Il capo dei servizi è un italiano.

Il lavoro dell'Istituto internazionale è dei più utili e dei più interessanti e questo è dimostrato dal fatto che al momento della sua fondazione le potenze partecipanti erano in numero di dodici, ed ora sono in numero di trenta. Se diciotto Stati hanno creduto di unirsi ai primi dodici è certo che hanno riconosciuto la necessità di quest'atto.

Del resto la contribuzione d'ogni Stato alle spese per il funzionamento dell'Ufficio è piccolissima. Divisa in varie categorie, essa raggiunge per uno Stato un massimo di 15.000 lire annue. Ben poca cosa, come si vede, in confronto della utilità che ogni nazione ne ricava.

Il giorno dell'inaugurazione della sessione, l'Istituto d'igiene ricevette la gradita visita di Guido Baccelli. Egli mostrò di volersi interessare a tutti i dettagli dei vari servizi, ed ebbe parole di lode e di ammirazione per il modo con cui funzionava questo complesso e delicato meccanismo internazionale. Disse accomiatandosi, che, finalmente, aveva potuto assistere all'attuazione pratica di quell'ideale di medicina politica che egli aveva sempre considerato come il più alto dovere dei governanti: *Salus publica suprema lex.*

Insegnamenti sanitari della campagna di Tracia. — Martedì scorso, all'Accademia di medicina il generale medico Delorme fece una comunicazione importantissima sui risultati sanitari della campagna di Tracia, e gli insegnamenti pratici che se ne potevano dedurre per le future guerre.

Quando, come nell'esercito i servizi sanitari sul campo di battaglia non possono provvedere

« Il Consiglio dell'Associazione Nazionale dei Sanitari addetti agli uffici d'igiene, mentre plaude all'opera costante, coraggiosa, sincera dell'on. Angelo Celli in tutti i problemi più urgenti della politica sanitaria italiana, rileva la straordinaria importanza, nei riguardi dell'igiene, del suo poderoso discorso tenuto alla Camera dei deputati il giorno 15 corrente, e riconoscente si augura che la proposta da lui raccomandata dinanzi al Parlamento, in ordine alla riorganizzazione degli uffici d'igiene, ormai tanto attesa dalla classe, venga al più presto attuata ».

Congresso italiano di psicologia.

Si è tenuto a Roma il 2° Congresso della Società italiana di psicologia.

Martirologio professionale.

È morto a Milano l'11 aprile il dott. Achille Baruffaldi vittima di un'infezione da pus cadaverico contratta nell'operare una puerpera.

Il dott. Baruffaldi era un esperto e reputato ginecologo. Occupava anche molte cariche nel mondo sportivo milanese.

Sei colleghi hanno lottato inutilmente per strapparlo alla morte.

Aveva 31 anni. Lascia i genitori (il padre è pure medico), la moglie ed un figlio.

Il dott. Pietro Foianini, di Grossotto (Sondrio), aveva sottoposto alla tracheotomia una giovane colpita da grave forma di difterite. Malgrado l'intervento, la paziente minacciava di morire soffocata. Il medico per riattivare la respirazione della morente applicò la propria bocca sulla ferita, aspirando. La donna fu salva; ma il medico contrasse la terribile malattia, che lo tenne in pericolo di vita.

Il noto ginecologo berlinese prof. Dührssen nell'eseguire un'operazione ha contratto un'infezione gravissima, che ne ha messo per molti giorni a repentaglio l'esistenza.

Per le facilitazioni ferroviarie ai medici.

L'onorevole Casalini ha chiesto d'interrogare i ministri dell'interno e dei lavori pubblici per conoscere se e quando agli impiegati provinciali e comunali saranno concesse le facilitazioni ferroviarie, di cui già godono gli altri impiegati dello Stato.

La questione delle facilitazioni ferroviarie verrà esaminata anche per i sanitari.

Per le acque minerali naturali

Ordine del giorno votato alla unanimità nella adunanza del Consiglio direttivo generale della « Associazione medica italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica » il giorno 31 marzo 1913, in Roma:

« Il Consiglio direttivo generale dell'« Associazione medica italiana d'idrologia, climalologia « e terapia fisica;

« Presa visione di un comunicato diffuso nei « giornali medici e politici da parte di persona « interessata, col quale — falsando il concetto « delle discussioni avvenute nel recente Congresso « di Napoli — si attribuiscono al prof. Devoto « delle dichiarazioni e conclusioni contrarie alla « verità in merito alle acque minerali artifi- « ciali;

« Smentisce nel modo più assoluto quanto è « stato asserito nel comunicato suddetto, poichè « risulta dagli atti del Congresso che il prof. De- « voto non ha parlato in favore delle acque « minerali artificiali, e quindi non ha potuto avere « luogo l'asserita confusione da parte di altro « congressista;

« E protesta vivamente contro questa sor- « presa della buona fede pubblica, a scopo di « lucro ».

Firmati: Prof. G. S. Vinaj, presidente; professori C. Baduel - Baistrocchi - Barduzzi - Burgonzio - Corsini - Colombo - V. Gauthier - Marfori-Riva - Striano, consiglieri.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 27 aprile 1913* Fasc. 17

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III
diretto dal prof. E. GERMANO.

L' ulcera fagedenica a Tripoli

per il dott. D. A. MAZZOLANI
incaricato del Dispensario Dermatologico.

Definizione. — Il fagedenismo dei paesi caldi non è un'entità morbosa a sè, ma semplicemente una complicazione particolare dello stato di ulcerazione, in determinate condizioni di clima e di infermità. La denominazione *fagedenismo* deriva dal greco *faghein*, mangiare, rodere, e *aden*, abbondantemente. Esso è caratterizzato dalla presenza di un « essudato melmoso, grigiastro, fetido, che infiltra e sfacela i tessuti tutt'intorno ». (Le Dantec, Jeanselme).

Sotto la denominazione di *ulcera fagedenica dei paesi caldi* deve intendersi, invece, quella lesione di carattere fagedenico che insorge già come tale da lesioni per sè stesse ordinariamente trascurabili: essa trova quindi gli elementi causali in sè e per sè.

Cenno storico. — Le prime notizie esatte di questo stato morboso non risalgono a tempi molto lontani da noi: Vinson, per primo (Le Dantec), descrive un' epidemia di ulcera fagedenica che infierì, nel 1857, fra operai imbarcati sul vapore «Mascareignes» che li trasportava dalla costa di Mozzambico all'isola Riunione. Fu detta *ulcera di Mozzambico*. Alla Guyana, nel 1861, il dott. Chapuis su 8,373 condannati ai lavori forzati ricoverati negli ospedali, contò 1812 casi di ulceri fagedeniche, che credette poter identificare con l'ulcera di Mozzambico; alla stessa epoca, in Cocincina, dopo l'occupazione di Tourane, su 6000 uomini il dott. Comeiros contò 700 casi di *ulcera annamita*, aventi occasionato 100 decessi e 30 amputazioni.

Poco tempo dopo Le Roy de Méricourt e Rochard, in una nota d'insieme, riuniscono l'ulcera di Mozzambico, della Guyana e l'ulcera o piaga annamita in un sol gruppo sotto il nome di *ulcera fagedenica dei paesi caldi*.

A partire da questo momento la geografia dell'ulcera fagedenica si estende sempre più, dei casi essendo stati descritti alle Antille, al Senegal, al Sudan, ecc.

L'Asia sembra, tuttavia, essere il campo più vasto dell'ulcera fagedenica, a partire dalla costa del Mar Rosso, dove è conosciuta sotto il nome di *ulcera dello Yemen*, fino alle Indie Inglesi, all'arcipelago Malese, isole Filippine e al litorale Cinese. Ma è specialmente nei delta cocincinese e tonchinese che la malattia assume un carattere di vera endemicità, sotto la denominazione di *plaie annamite*.

La razza annamita sembra presentare una forte predisposizione al fagedenismo, e ciò forse anche all'infuori della loro abitudine di vivere, per così dire, fra l'umidità delle loro capanne e il pantano delle risaie.

Durante il mio soggiorno nel sud-Yunnan (Cina) io ho dovuto molto spesso occuparmi delle piaghe annamite, costituendo esse talvolta quasi il $^1/_3$ della morbidità di quegli operai lavoranti sui cantieri della ferrovia francese tonchino-yunnanese, sebbene solo eccezionalmente il lavoro fosse fatto in acqua. Io potei osservare alcuni casi di ulcere fagedeniche anche nei villaggi cinesi delle regioni montagnose nei pressi di Caihoafu (metri 1000-1500 di altitudine), ma non è improbabile che si trattasse di fagedenismo importato dai cantieri ferroviari, in seguito al gran movimento di communicazioni fra questi e i villaggi in prossimità della ferrovia. Ma l'ulcera fagedenica non è sconosciuta neanche sui versanti del Mediterraneo, essendo essa stata segnalata in Algeria da Brault e Gros, e in Italia dal dottor Lacava nella provincia di Reggio Calabria.

Dalle scarse notizie che si sono avute fino a questi ultimi tempi sulla patologia tripolina, non mi risultano che 5 casi di *ulcus tropicum*, ultimamente trovati da Gabbi e Sabella su 100 individui trovati infermi di malattie cutanee. Credo che questi casi siano stati rinvenuti in primavera; tuttavia l'esistenza dell'ulcera fagedenica non deve avere carattere annuale ma manifestarsi a *poussées* stagionali, come risulterebbe da questa prima serie delle mie osservazioni.

Durante quasi tre mesi di servizio (4 gennaio-25 marzo), al posto di pronto soccorso « Dogana » istituito dalla Croce Rossa italiana io non ebbi mai occasione di osservarne un sol caso, sebbene ivi accadesse di curare in media, da 85 a 100 malati al giorno, sia italiani che indigeni, arabi ed ebrei. Lo stesso dicasi per ciò che riguarda il mio servizio all'ospedale civile Vittorio Emanuele III, nei mesi di aprile, di giugno e luglio. Solo verso la metà del mese di settembre io ebbi occasione di osservare i primi casi fra i curati al Dispensario, dermatologico: poi il loro numero aumentò rapidamente, assumendo in questi ultimi tempi il carattere di vera endemicità fagedenica.

Dal 27 agosto, data del mio servizio al dispensario, fino a tutto il 15 novembre, sono stati curati, infatti, il seguente numero di malati:

1) 27-31 agosto, malati n. 34 di cui ulcera fagedenica n. 0;
2) 1-30 settembre, malati n. 41 di cui ulcere sifilitico-fagedeniche n. 2;
3) 1-31 ottobre, malati n. 60 di cui ulcere fagedeniche n. 23;
4) 1-15 novembre, malati n. 39 di cui ulcere fagedeniche n. 17.

Così mentre nell'agosto la proporzione dell'ulcera fagedenica fu di 0 %, nel mese di settembre essa è di 0.48 %, nell'ottobre sale a 38.3 %, nel novembre a 43.8 %.

Ma questi 42 casi di ulcere non sono i soli osservati in questo periodo a Tripoli: moltissimi si trovano al campo beduino, molti frequentano l'ambulatorio « Guido Baccelli », altri vanno al posto di soccorso della Dogana, mentre non pochi sono curati giornalmente all'ambulatorio chirurgico annesso all'ospedale.

Etiologia. — L'agente patogeno dell'ulcera fagedenica non è ancora stato identificato in modo assoluto. Eugenio Rochard nel suo articolo sul fegedenismo (1886) pensa che questo stato patologico sia dovuto a un *infinitamente piccolo*, trasportato dalle pozzanghere a mezzo delle mosche. Ma secondo lui, la malattia non è contagiosa, non avenvo potuto riprodurre l'ulcera artificialmente. Hallopeau e E. Apert nella loro « classificazione nosologica » (1904) pongono l'ulcera fagedenica dei paesi caldi fra le malattie dovute ad agente indeterminato, sebbene fin dal 1884 Le Dantèc avesse trovato nel pus melmoso delle ulcere della Guyana « des bacilles en nombre tellement considérable, qu'on eût dit qu'ils s'y trouvaient en colture pure. Ces bacilles étaient droits immobiles, quelquefois recourbés quand ils atteignaient leur plus grande longueur: ils mesuraient en moyenne de 7 à 12 micron ».

Tale reperto microscopico fu in seguito riscontrato da Clarac alla Martinica (1885) da Petit alla Mayotta e in seguito da Boinet al Tonchino (Le Dantec).

Nel 1896 Vincent trovò nella grangrena nosocomiale un bacillo in tutto simile a quello descritto da Le Dantec, ed essendo ciò stato verificato, in altri casi, da Coyon e da altri, così si venne all'idea della identità delle due malattie, di cui l'una, l'ulcera fagedenica, sarebbe più propria dei paesi caldo-umidi, mentre l'altra, la grangrena nosocomiale, sarebbe l'esponente di questa bacillosi nei paesi temperati e freddi.

Questa teoria *unicista*, già lanciata da Thorel, domina, per così dire, tutta la scuola francese, tanto che Achalme tratta in un solo capitolo, le due affezioni « que rapprochent d' une manière absolue la clinique et la bactèriologie ».

I medici delle altre nazioni si sono generalmente schierati contro questa ipotesi. Secondo Plehn l'agente specifico dell'ulcera fagedenica non può dirsi ancora dimostrato, i tentativi culturali del bacillo fusiforme e le prove di trasmissione negli animali essendo fallite.

P. Manson dubita, con Scheube, dell'identità delle due affezioni specie per il fatto della limitazione dell'ulcera nei paesi caldi e del suo debole potere infettante: l' agente infettivo è evidentemente un microrganismo, ma esso non è ancora in modo definitivo determinato.

In Austria Matzenauer in 22 casi di gangrena nosocomiale della regione genitale, trovò un bacillo più corto (5 micron) e più sottile di quello di Le Dantec-Vincent, sebbene nel resto le proprietà biologiche si corrispondessero.

In un caso di gangrena nosocomiale, Pende crede che la causa non debba essere attribuita al bacillo di Vincent nè alla simbiosi fuso-spirillare ma ad un bacillo che per i suoi caratteri dovrebbe essere identificato col pseudodifterico di Löffler-Hofmann.

Solo in secondo tempo ad esso si assocerebbero lo stafilococco aureo e albo, il coli-bacillo e il bacillo piocianico, ai quali dovrebbesi lo sfacelo putrido. Il carattere polimorfo della gangrena nosocomiale sarebbe quindi spiegato colla non unicità etiologica e patogenetica dell'infezione.

Harmann, nelle ulceri del Veldt, che sono più frequenti fra le milizie inglesi del Sud-Africa, che fra i Boeri, avrebbe isolato un diplococco facilmente coltivabile, simile allo stafilococco aureo.

Comunque sia, in tutte le osservazioni microscopiche della sostanza melmosa delle ulcere fagedeniche che io ebbi occasione di curare tanto in Cina che qui a Tripoli, il reperto è sempre stato lo stesso: presenza, in numero più o meno grande, del bacillo fusiforme di Le Dantec-Vincent, a cui si associano quasi sempre i comuni microbi della suppurazione. In alcuni dei casi, qui a Tripoli, il capitano medico Rizzuti, membro della Commissione sanitaria governativa, ha tentato anche qualche coltura, ma non ha avuto che delle belle patine di stafilococco aureo.

Nelle sue ricerche Vincent trovò in associazione al bacillo fusiforme gli stafilococchi, gli streptocchi il *proteus vulgaris*, il piocianico, il *Bac. coli* e il bacillo di Friedländer. Altri autori (Smith e Peill, Bouffard, Brault, ecc.), hanno trovato uno spirillo non coltivabile, a cui, però, non fu attribuita nessuna importanza patogena.

Col capitano Rizzuti ho esaminati molti preparati, e in associazione trovammo specialmente numerose forme diplococciche. Il bacillo di Vincent è immobile, lungo da 4 a 10 μ, largo circa uno, quasi sempre rettilineo, ad estremità leggermente degradanti o alquanto rotondeggianti, disposto in modo irregolare: gli autori non gli riconoscono spore. Si colora facilmente colle soluzioni aniliniche (tionina): non prende il Gram. È specialmente abbondante nello strato profondo delle ulcerazioni: è qui sopratutto che la sua attività si mostra più intensamente tanto da ostacolarvi le infezioni secondarie. Esso trovasi anche in gran numero sotto l'epidermide dei margini, che minata, per così dire, dalla invasione microbica si cianotizza e si affloscia sulla melma ulcerosa.

Il bacillo fusiforme non produce infezione di carattere generalizzato.

Patogenesi. — Sembra che il bacillo fusiforme abbia bisogno, per svilupparsi, di condizioni speciali di ambiente quali il calore e l'umidità. I paesi tropicali a temperatura secca non presenterebbero casi di fagedenismo: ma questo criterio non può essere assoluto, dei casi essendo stati osservati a Djibouti, ad Aden, ecc. A Tripoli, all'infuori dei primi cinque casi di Gabbi e Sabella, il fagedenismo,

almeno col carattere attuale di endemo-epidemicità, non si è manifestato che a partire dalle prime piogge di ottobre, sebbene la temperatura atmosferica tendesse già ad abbassare. Il bacillo fusiforme avrebbe bisogno, insomma, di un certo grado di umidità: dal terreno esso sarebbe trasportato sia a mezzo degli insetti, mosche, ecc., sia a mezzo delle mani stesse dell'uomo.

Si è ritenuto dalla generalità degli autori che l'ulcera fagedenica possa manifestarsi specialmente sul terreno umano impoverito dalle privazioni, ristrettezze, cattive condizioni igieniche generali, onde fu detto che l'ulcera fagedenica è il flagello della carestia e delle guerre. Io non credo che il bacillo fusiforme possa svilupparsi solo in queste determinate condizioni di ambiente e di terreno: molti arabi da me curati erano in buone condizioni organiche: è naturale, tuttavia che, come tutti gli altri germi, in queste contingenze specialmente egli riesca a fare il maggior numero di vittime.

Allo sviluppo dell'ulcera fagedenica è necessaria una lesione della pelle, come appare evidente dalla constatazione dei fatti che comunemente si osservano.

Gli indigeni che hanno l'abitudine di camminare colle gambe e coi piedi nudi possono, con grande facilità, prodursi delle lesioni di continuo della pelle, ed è appunto ai piedi ed alle gambe che questi individui presentano quasi esclusivamente ogni lesione.

Le truppe francesi operanti in Cocincina presentarono ulcere fagedeniche solo dopo di aver dovuto attraversare, a piedi nudi, delle risaie e dei fossi dove facile fu il ferirsi con le piante acquatiche. Fra gli stessi indigeni dell'Indocina francese, l'ulcera fagedenica non si osserva agli arti superiori che durante i lavori di trapianto del riso, lavori che espongono facilmente alle ferite anche le mani e le braccia.

I portatori di ulcere alle gambe possono infettarsi alle mani o in qualsivoglia altra parte del corpo, quando, col grattamento, si ledino la pelle. Al Yunnan io ebbi occasione di curare un imprenditore francese, un ingegnere alsaziano e un capo-cantiere italiano, i quali avevano l'abitudine di dormire con la propria *congai* (concubina annamita), affette spessissimo da piaghe annamite. L'italiano ammalò di ulcera fagedenica poco tempo dopo la vita d'unione; gli altri due solo al principio della stagione calda, quando cioè, per le sofferenze del *lichen tropicus* il grattamento è più pericoloso. Di più l'italiano aveva l'abitudine di dormire con semplice camicia, mentre gli altri due facevano uso di moresca: essa, quindi, non li protesse che fino ai tempi delle lesioni determinate dal grattamento.

Qui a Tripoli io ho avuto occasione di osservare parecchi casi di auto-inoculazione negli stessi malati che vengono a medicarsi al dispensario. Queste nuove ulcere presentano subito i caratteristici bacilli fin dal primo momento della flittena a contenuto siero-ematico. Nel malato n. 1, reinfettatosi durante la degenza all'ospedale, si osservarono piccole ulcerazioni, il cui contenuto presentava il bacillo fusiforme e numerosi leucociti con nucleo in cariolisi.

L'ulcera fagedenica si manifesta con la maggiore frequenza nella giovinezza e nell'uomo adulto: la donna, i vecchi, i ragazzi ne sono più raramente affetti, e ciò in rapporto al fatto che le lesioni traumatiche e le condizioni di infettività sono appunto inerenti al lavoro dell'adulto.

Alcune malattie hanno mostrato di agire come importante causa predisponente, tanto che ad un momento dato gli autori pensarono che il fagedenismo non fosse, p. es., che una manifestazione della scrofola, dello scorbuto, della malaria, dissenteria, ecc. In Etremo Oriente si volle attribuirla anche all'infezione beriberica.

Nei paesi in cui il pian è endemico, le piaghe presentano uno sfacelo straordinario e ne derivano considerevoli retrazioni cicatriziali (P. Manson).

Sintomatologia. — Difficilmente accade al medico di osservare l'ulcera fagedenica al suo primo inizio, il malato non facendo generalmente ricorso al sanitario che quando la piaga ve lo costringe, sia per il dolore, sia per l'imponenza della distruzione. L'osservazione riesce però spesso facile quando succeda l'auto-inoculazione.

In un punto più o meno lontano dalla prima ulcera fagedenica si osserva allora un sollevamento cupoliforme dell'epidermide, attraverso le cui pareti si intravede un contenuto siero-ematico o siero-purulento. Dopo poche ore la flittena ingrandisce, specie alla base, mentre

un'aureola rosseggiante si delinea presto. Talvolta dopo solo 10-15 ore l'epidermide distaccata si lacera in un punto, generalmente in corrispondenza della lesione iniziale, e allora si affloscia a guisa di tela di ragno sui contorni dell' ulcera che presto tende ad escavarsi.

Da questo momento, se una terapia energica non interviene, l' ulcera assume l' andamento clinicamente fagedenico, a distruzione rapida, invadente. La piaga diventa allora dolorosa; la suppurazione si fa più abbondante, grigiosporca, talvolta mista a sangue; i margini dell'ulcera si fanno turgidi, rosso-pavonazzo, infiltrati e come rovesciati all'infuori.

Fig. 1. — Grave ulcera fagedenica.

Al decimo-quindicesimo giorno il pus è sempre più abbondante, spesso disposto a fasci, e risulta come costituito di due strati, il più superficiale, meno denso, che tende a fuoriuscire dalla piaga declinando verso la parte più bassa: l'altro, più profondo, generalmente commisto a sangue, più tenace e come aderente ai tessuti sottostanti. Dalla piaga emana un odore fetido, nauseante; ma se il processo infettivo è esaurito, la ulcerazione dopo pochi giorni tende a granulare, la suppurazione cessa e, se la distruzione dei tessuti non fu troppo vasta, in seguito a 15-20 giorni la cicatrizzazione è completata.

Ma in alcuni individui particolarmente denutriti, o quando la cura non fu abbastanza sollecita o energica, il processo distruttivo aumenta d' intensità e lo stato di necrosi si fa impressionante. L'ulcera si approfondisce e si estende in superficie, la massa di pus si fa melmosa, sempre più abbondante, difteroide, fetidissima: dei brandelli di tessuti necrotizzati si staccano sul fondo della piaga: guaine muscolari e tendinee distrutte lasciano allo scoperto masse muscolari e tessuto osseo. Dopo accurata pulizia il fondo dell'ulcera mostra spesso bottoni carnosi rosso-pavonazzi in mezzo a noduli biancastri di centri suppurativi, tanto da ricordare un salcicciotto grossolanamente spezzato. In alcuni casi appaiono tronchi nervosi e pacchetti vascolari in piena distruzione emorragie più o meno abbondanti imbrattano di sangue la piaga, che prende un aspetto eretistico, mentre il dolore è sempre più doloroso occasionando spesso l'insonnia. L'arto si fa edematoso e la deambulazione difficile, penosa. A questo momento l'ulcera ha talvolta raggiunto enormi dimensioni, 8-10 e più centimetri di diametro, pur conservando, in modo quasi costante, la sua forma circolare.

Tuttavia, specie se è intervenuta una cura adeguata, dopo qualche giorno la piaga tende alla guarigione: il pus si fa meno abbondante, meno icoroso; la fetidità diminuisce poi scompare affatto; il fondo dell'ulcera si riempie di bottoni carnosi rosso-vivi, i margini si fanno meno turgidi, il fondo granulante si colma, mentre i bordi si rivestono di crosticina brunastra, poco spessa, che tende a distaccarsi, durante le successive medicazioni, a mano a mano che la piaga cicatrizza e si restringe. Dopo 20-30 giorni la guarigione è completa o quasi, e al posto dell'antica piaga non residua che una cicatrice appena rilevata sulle parti circostanti, più o meno ipercromica, rosso-brunastra.

Talvolta al momento della cicatrizzazione l'ulcera sembra subire un fenomeno di sosta vitale: essa tende ad opacarsi; i bordi diventano callosi e il fondo si fa pallido: l'ulcera è atonica.

Nei casi conclamati la diagnosi è sempre facile e pronta; nei casi meno tumultuosi un esame microscopico del pus permetterà di trovare il bacillo fusiforme.

(Nel numero prossimo ci occuperemo della cura).

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Le idee moderne sulla coagulazione del sangue.

(P. CARNOT. *Le Paris médical*, 28 settembre 1912).

La coagulazione del sangue consiste nell'inglobamento degli elementi di esso in un reticolo fibrinoso.

La *fibrina* non esiste nel sangue se non allo stato di *fibrinogeno*; perchè la trasformazione in fibrina si effettui è necessario l'intervento di un fermento, il fibrin-fermento o *trombina*; anche esso però non in tale stato esiste nel sangue ma in quello di *trombogeno* o *profermento*. È necessatio quindi perchè il meccanismo della coagulazione si compia che il trombogeno si trasformi in trombina e che per suo mezzo il fibrinogeno divenga fibrina; la coagulazione è in altri termini legata a tutte quelle condizioni le quali sono capaci di determinare la trasformazione del profermento in trombina, del fibrinogeno in fibrina; solo lo studio delle azioni attivanti ed inibitrici di tali metamorfosi, può rendere edotti sulla emostasi e sulla incoagulabilità del sangue.

Tra le azioni che favoriscono ed attivano la coagulazione alcune sono note.

Il *calcio* è indispensabile per la coagulazione (Arthus); meno importanti ma certamente utili sono le varie *soluzioni saline*, che esercitano una funzione fisico-chimica sulla precipitazione del fibrinogeno.

Le moderne ricerche hanno aggiunto nuove ed interessanti nozioni: azione attiva coagulante hanno *gli estratti d'organo* (muscolo, milza, fegato, timo, sangue eterogeneo ecc.), azione che si rivela meglio nel sangue degli uccelli p. es., che mostra d'ordinario un ritardo nella coagulazione. Se al fenomeno si riportano le conclusioni di Paulow sulle cinasi o fermenti di fermenti, e se si pensi che alcune sostanze fisiologiche non sono attive se non si completano (alexine di Bordet), l'attivazione della coagulazione per mezzo di estratti di organi così si può interpretare: il trombogeno del sangue circolante non si trasforma in trombina attiva che a contatto del calcio e in presenza di una trombocinasi, qualunque sia l'origine di questa sanguigna o tissulare; per la formazione della trombina sarebbe necessaria quindi una trombocinasi, questa prima azione fermentativa determinerebbe una seconda trasformando il fibrinogeno in fibrina.

Perchè il concetto di *trombocinasi* non sia quasi il rappresentante di una reale sostanza, isolabile dal sangue, bisogna intendere con tal nome qualunqne azione attivante proveniente da sostanze fisiologiche sulla coagulazione.

Accanto ed in contrapposizione con le azioni che favoriscono la coagulazione vi sono *azioni inibitrici* della coagulazione: *a*) fisico-chimiche come la superficie del vaso; *b*) chimiche (es. soluzione di propeptone); *c*) fisiologiche (estratto di testa di sanguisuga, liquido di peptone, anticinasi).

Su queste ultime i moderni studi si sono specialmente diffusi: si sa che l'estratto di testa di sanguisuga rende il sangue incoagulabile; se si aggiunge ad un liquido coagulabile, ma sprovvisto di trombina (plasma, liquido d'idrocele, soluzione di fibrinogeno), una miscela di trombina (del siero) e d'estratto di testa di sanguisuga in proporzioni variabili, si può giungere a neutralizzare fra di loro l'azione dei due corpi, come si ottiene tra tossina ed antitossina; l'estratto di testa di sanguisuga si comporta in altri termini come un'antitrombina.

Se s'iniettano nelle vene d'un cane forti dosi di propeptone il sangue diviene incoagulabile; il lavaggio del fegato con una soluzione di peptone basta a far secernere da questo una soluzione anticoagulante. Questo mescolato in proporzioni variabili al siero fresco, impedisce l'azione coagulante, agisce cioè anche esso come *un'antitrombina*.

Parallela è l'azione delle *anticinasi*; queste neutralizzano non più la trombina ma la trombocinasi, impedendo così l'attivazione del profermento per mezzo di tale cinasi.

Il veleno del cobra contiene sostanze anticoagulanti: mentre basta aggiungere alla miscela poca trombina attiva (traccie di siero fresco) per assicurare di nuovo la coagulazione, qualunque sia la quantità di veleno, sarebbe necessario invece aggiungere una proporzione di cinasi (estratti d'organo per esempio) molto più forte e proporzionale alla quantità del veleno per neutralizzarlo e determinare la coagulazione del sangue: il veleno dunque agisce sulla trombocinasi e non sulla trombina, agisce cioè come un'anticinasi.

Tra azioni attivanti ed azioni inibitrici, allo stato normale, si stabilisce un equilibrio, che

permette al sangue di rimanere fluido. Con ogni probabilità allo stato normale una piccola quantità di cinasi si riversa continuamente nel sangue circolante, ed è continuamente neutralizzata da una corrispondente formazione d'anticorpi.

Se per condizioni patologiche si forma una quantità eccessiva di cinasi non neutralizzata, o un eccesso di anticinasi si avrà rispettivamente un aumento o una diminuzione della coagulabilità del sangue.

In casi d'emorragia per esempio v'è secrezione abbondante di cinasi d'origine ematica a contatto con i tessuti scontinuati (cinasi tissulare); si attiva così il trombogene, si produce trombina, il fibrinogeno dà fibrina, il sangue coagula; in altre condizioni morbose vi può essere eccesso di sostanze inibitrici o deficienza di azioni attivanti, il sangue non coagula.

Circa l'origine dei vari elementi di cui abbiamo passato in rivista l'azione, si hanno ragioni per credere che del fibrinogeno multiple siano le fonti, ma principalmente sia in giuoco il fegato: vero è che non costantemente nè del tutto la soppressione o la diminuzione della funzione epatica porta l'incoagulabilità del sangue, ma è pur certo che le lesioni gravi del fegato (fosforo, cloroformio, siero epatotossico) determinano diminuzione nelle proprietà di coagulazione.

Il trombogeno non è ancora ben definito, esso con ogni probabilità deriva dagli elementi cellulari del sangue.

Il calcio proviene dall'esterno cogli alimenti, ma l'organismo ha inoltre enormi riserve di calcio.

Le trombocinasi sono di origine sanguigna (leucociti, cellule endoteliali, ematoblasti in stato di sofferenza o di morte), o derivano da tessuti (fegato, milza, muscoli).

Le sostanze inibitrici sono anche esse di origine duplice (ematica e tissulare), nè è da meravigliare che gli stessi organi e tessuti possano fabbricare nel medesimo tempo corpi ad azione differente ed opposta, in proporzioni variabili seguendo i bisogni dell'organismo.

***

Se noi vogliamo studiare il comportamento del sangue nelle varie forme emorragiche, e dalle alterazioni della coagulabilità indurre delle nozioni curative, due termini dobbiamo conoscere: il disturbo nell'emostasi, il disturbo nella coagulabilità. *L'emostasi* nella sua cronologia si studia con un metodo semplice ed elegante; si punge l'orecchio del paziente in maniera che le gocce di sangue facciano una macchia su carta sugante da 1 a 2 centimetri di diametro raccolte ogni mezzo minuto; si sa che nel soggetto normale in due o tre minuti cessa l'emorragia; nei soggetti patologici (anemia perniciosa, porpora, emofilia, ecc.) non solo la durata è più lunga e può giungere da 5 o 6 minuti a 24 ore, ma la curva dello scolo sanguigno è irregolare.

Non è egualmente esatto il metodo che si usa per studiare il *disturbo di coagulabilità* del sangue: si raccolga il sangue con grande precauzione da una vena direttamente in un vaso sempre della stessa forma e della stessa natura e si osservi il tempo necessario per la coagulazione completa. Le variazioni sono molteplici, talora contraddittorie e minano la bontà del metodo.

Nè basta: per rendersi conto del comportamento di alcune emorragie, di alcune emostasi ritardate è necessario tener conto di altre condizioni; tali sono la retraibilità, la consistenza, la mancanza di aderenza, la facile solvibilità del coagulo.

In genere si pensa che le emorragie o le mancate emostasi più che a difetto dei leucociti primordiali o attivanti, di cui l'organismo abbonda sia dovuto ad eccesso di sostanze inibitrici: forse rivolgendosi per tale via, fin d'ora si può sperare un trionfo per la terapia.

PONTANO.

CHIRURGIA.

Sulle fistole vescico-vaginali.

(TÉDENAT e DELMAS. *Province Médicale*, n. 42).

Il maggior numero delle fistole vescico-vaginali è dovuto a parti abbandonati a loro stessi, o male o tardi curati, quando la compressione della parete vaginale contro il pube è durata non meno di due o tre ore (Pinard). Sono d'altro canto molto rare le fistole imputabili ad applicazione di forcipe ed in genere le fistole *ostetriche*. Al contrario le fistole consecutive ad operazioni ginecologiche sono da qualche anno aumentate di numero, così dopo isterectomie vaginali per cancro del collo, per miomi, dopo colpotomie anteriori. Nella operazione di Wertheim la parete posteriore della vescica è ferita in alto, l'uretere può venire tagliato o necrosarsi. I pessarii troppo voluminosi, o lasciati troppo lungo tempo *in situ* senza asepsi

sufficiente, hanno causato ulcerazioni della parete progressive, ascessi, ed un certo numero di fistole (Weill, Herff). Cause rare di fistola sono i corpi estranei della vescica, i grossi calcoli. I cancri del collo uterino e della parete vaginale anteriore producono fistole quasi sempre incurabili. Rari sono i casi di fistola per gomme sifilitiche e per tubercolosi. Conoscendosi tutte le suddette cause, riesce facile stabilire le regole profilattiche.

Tutte le fistole tendono alla guarigione spontanea. Quelle che risultano da una incisione, da una rottura si cicatrizzano in pochi giorni, se si previene l'infezione con irrigazioni vaginali, con la sonda a permanenza, e la posizione ventrale. Le fistole da gangrena tendono verso la cicatrizzazione dopo la caduta dell'escara. A favorirla si usino le ora dette precauzioni.

La cura operatoria della affezione in esame rimonta al secolo XVII, ma è di data affatto recente la cura efficace e ben regolata. Da Roonhuysen (1663), che ravvivava i margini, e suturava colla seta o col filo i margini cruentati, ad oggi, si sono occupati dell'argomento: Desault, Lallemand, Roux, Dugès, Sims, Bozeman, Follin, Courty, Verneuil, Simon, fino al *metodo del raddoppiamento della parete*, metodo tutto francese, e bene esposto dal Duboué di Pau, e da varie nazioni adoperato con buon risultato.

Il sintoma caratteristico della lesione è dato dallo scolo dell'urina attraverso la vagina; scolo che può comparire in varii periodi di tempo, e con varie modalità; subito dopo l'accidente, nelle incisioni o rotture del setto vescico-vaginale; trequattro giorni dopo la necrosi, per caduta dell'escara, nelle fistoled a compressione, ecc. Secondo la sede della fistola sulla parete vescicale o uretrale, o ureterale, si ha scolo permanente di urina, o nel momento del mitto.

Nell'ultimo caso lo scolo urinario dalla vagina è continuo, ma dalla vescica e dall'uretra l'inferma emette volontariamente le urine provenienti dall'altro rene. Le urine diventano ammoniacali; le parti attraverso cui passa l'urina si flogosano, si arrossano; possono tappezzarsi di fosfati, o formarsi dei veri calcoli a bottone di camicia in corrispondenza della fistola con i sali urinarii. L'ammalata impallidisce, si anemizza, perde l'appetito. Rare sono le infezioni ascendenti, che si hanno quando i depositi fosfatici ostacolano la evacuazione dell'urina dagli ureteri. Si può avere amenorrea; rare sono le gravidanze per la difficoltà della fecondazione. La *diagnosi* si farà colla esplorazione vaginale; e per le fistole ureterali iniettando del bleu di metilene sottocute.

Prima dell'intervento si cercherà di rendere asettica la vescica e la vagina, di sopprimere i depositi fosfatici, le escoriazioni perineali e delle grandi labbra. Donde bagni generali mattina e sera con acido borico (100 gr.), borace, allume (20 gr.); irrigazioni abbondanti vaginali con soluzione borica (2 %) e vescicali con soluzione di nitrato d'argento al 2 per mille. Si renderà l'urina asettica con l'urotropina (2-4 gr.), con l'eucaliptolo o l'essenza di terebentina (4-6 capsule al giorno), o con la pozione di acido benzoico ed acido borico ana gr. 5 per mille da bersi in un giorno nella dose di un litro. Si asporteranno le concrezioni fosfatiche con la soluzione borica, o con compresse imbibite di soluzione al 2 per mille di nitrato di argento. Questo sale si adopererà sulle escoriazioni, e la vasellina borica sul perineo e la faccia interna delle coscie contro l'azione irritante dell'urina. Migliorate le condizioni degli organi, si cercherà di rammollire la vagina e le briglie cicatriziali per il riavvicinamento dei bordi della fistola mediante il massaggio digitale o con i dilatatori di Hegar. Eseguite tutte siffatte manovre, si potrà procedere all'operazione. Messa l'inferma in posizione dorso-lombare si abbasserà il più possibile l'orificio della fistola tirando sul collo uterino con fili di seta passati attraverso le sue labbra, o praticando lo scollamento vescicouterino, come per l'isterectomia vaginale, il che permette la mobilizzazione della parete vescicale. Le valve piatte di Simon, i divaricatori laterali saranno di lunghezza e di larghezza variabili. La sutura si farà nel senso perpendicolare alla direzione delle briglie cicatriziali, e si adopererà il catgut iodato. Nel metodo di Sims si cruentano il più possibile i margini della fistola, il che porta al rovesciamento della mucosa vaginale verso il tramite fistoloso, ed alla sua interposizione tra le superficie cruentate, che non possono essere messe così in contatto totale. Lo sdoppiamento della parete vescico-vaginale, con l'incisione delle labbra dell'orificio fistoloso, e clivaggio separante la vescica dalla vagina, ha il vantaggio di non creare alcuna perdita di sostanza (Duboué, Laroyenne, Ricard, Walcher, Mackenrodt). Si può qualche volta utilizzare il collo uterino per colmare la superficie cruentata, che resta, dopo la sutura, della parete vescicale. Lo sdoppiamento si può facilmente eseguire, quando vi sono poche briglie, o quando queste sono state tagliate largamente,

audacemente. Scollando più o meno ampiamente sul piano di clivaggio i due foglietti vescicale e vaginale, si sutureranno fra loro i due foglietti vescicali giustaposti per le loro facce cruentate, ed al disotto i due lembi vaginali, i quali, setroppo corti, si mobilizzeranno con incisioni liberatrici fatte a distanza ed a profondità conveniente. Si potranno suturare in senso perpendicolare queste incisioni, o si lasce- ranno cicatrizzare per granulazioni.

In un caso di fistola aderente alle vicinanze del pube, Schauta incise il gran labbro, lo sdoppiò, e ne fece un lembo che suturò intorno alla fistola.

L'A. non ha avuto occasione di valersi della via addominale. Riporta infine alcuni casi che presentano alcune particolarità interessanti di tecnica.

G. QUARTA.

Due casi di formazione artificiale della vagina mediante un'ansa d'intestino tenue.

(M. HENKEL. *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 21 nov. 1912).

Non è nuova l'idea della formazione artificiale della vagina: essa data dal periodo in cui nella tecnica chirurgica furono introdotte le operazioni plastiche. Si trattava naturalmente di praticare un canale artificiale fra l'uretra e la vescica in avanti, e l'ano ed il retto in dietro, e di curarne poi la riuscita e la durata mediante l'uso di speciali mezzi dilatatori.

Ma ogni tentativo era fallito. In ogni caso, questi tentativi di cura importavano molto tempo e riuscivano dolorosi, e infine, malgrado tutti i mezzi di dilatazione, si aveva restringimento ed obliterazione completa del canale neoformato, e notevole peggioramento delle condizioni primitive dovuto al processo di cicatrizzazione.

Quando si cominciarono ad avere risultati favorevoli con i trapianti di pelle e di mucosa in altre parti del corpo, si cercò anche di utilizzare questi nuovi mezzi chirurgici per la formazione della vagina artificiale. Malgrado le grandi difficoltà tecniche, numerosi operatori hanno tentato di risolvere il problema mediante trapianti autoplastici ed omeoplastici. Nel canale vaginale preformato si tentò di trapiantare lembi di cute peduncolati e non peduncolati, ottenuti dalla stessa paziente o da altra donna operata di prolasso della vagina; si tentò di ricoprire il canale neoformato con la sierosa peritoneale; ma si erano sempre ottenuti risultati parziali e non duraturi.

Altri operatori per la formazione della vagina artificiale hanno cercato di utilizzare la parete anteriore dell'ampolla rettale che suole essere ipertrofica nei casi di ipoplasia degli organi genitali femminili; altri han tentato di adibire a questo scopo tutta l'ampolla rettale mettendola in rapporto con gli organi genitali interni, e provvedendo insieme alla formazione di un ano preternaturale.

Haeberlin e Baldwin proposero di utizzare un tratto d'intestino tenue per la formazione di una nuova vescica. Baldwin ha descritto per il primo questa operazione. Egli praticò dapprima fra la vescica ed il retto un canale; eseguì poi la laparotomia e resecò un'ansa dell'ultima porzione dell'ileo, ristabilendo la continuità dell'intestino mediante un bottone di Murphy. Con un filo di seta passato nel punto medio dell'ansa, trasse questa attraverso il canale artificialmente praticato, e con punti di sutura la fissò al contorno dell'imene.

Mori ha eseguito un processo analogo, abbassando un semplice tratto d'intestino tenue, non raddoppiato ad ansa come ha fatto il Baldwin, e suturandone la sezione all'orlo dell'imene.

Questi sono i due processi addominali che oggi si ritiene siano le basi della formazione artificiale della vagina. In seguito quest'operazione è stata eseguita undici volte mediante l'utilizzazione di un'ansa d'intestino tenue.

L'A. ha avuto occasione di eseguire recentemente due volte tale operazione, ed avendo ottenuto un decorso facile e risultati favorevoli, pensa che essa possa essere ammessa nel numero delle operazioni ginecologiche.

Riassumiamo la storia di questi due casi che l'A. più ampiamente riferisce.

Nel 1° caso si trattava di una giovane che aveva avuto una forte emorragia causata da un tentativo di coito.

Essa accusava dolori nel basso ventre ed aveva le vesti insanguinate. I genitali esterni erano normali, l'imene perfettamente chiuso, l'uretra dilatata, e alla sinistra di questa un ascesso; con la esplorazione rettale le ovaia si palpavano alquanto piccole, normali nel resto, non distinguibili dall'utero e dalle trombe.

Siccome la paziente accettava di essere operata, l'A. dapprima ha formato il canale per la nuova vagina; mediante le pinzette ha lacerato l'imene nella parte media: ha scollato la pelle tutt'intorno, rispettandone soltanto una zona cordoniforme corrispondente al canale di Müller obliterato. Quasi senza lacerazione alcuna, è giunto negli strati profondi allargando il canale vaginale in maniera ottusa con le dita, pervenendo così fino al peritoneo. La perdita di sangue fu veramente minima. Eseguita poi la laparotomia, ha tratto nel campo operatorio l'ultima porzione dell'ileo, e a circa 10 cm. dalla valvola ileo-cecale

ne ha resecato un tratto di circa 25 cm. Suturate a doppio strato le quattro sezioni dell'intestino, ha ristabilito la continuità del canale intestinale mediante una entero-anastomosi latero-laterale, curando di non lacerare il mesenterio e di evitare al possibile le allacciature dei vasi, allo scopo di garantire la nutrizione della parete dell'intestino in corrispondenza della sede dell'operazione e di evitare nel miglior modo la trombizzazione dei vasi del mesenterio.

Per abbassare e trarre nel canale vaginale l'ansa resecata del tenue, l'A. si è servito di un pezzo di fascia di garza: introdotta nel canale vaginale preformato una pinza curva, ha sfondato con essa il peritoneo dello spazio del Douglas, aprendone le branche ha ampliato la breccia, ed ha afferrato gli estremi dell'ansa di garza passata nel mezzo dell'ansa intestinale resecata. Richiusa la cavità addominale, con un *Klemmer* ha fissato l'ansa intestinale mediante il laccio di garza all'apertura esterna del canale vaginale, impedendo ad essa di sfuggire in alto.

L'atto operativo, dalla formazione del canale vaginale sino alla fine, ha durato soltanto 50 minuti e senza alcun incidente; nei giorni successivi non vi fu reazione febbrile. Dopo sei giorni l'ansa intestinale fu aperta all'ingresso del canale vaginale e fu suturata tutt' intorno al contorno dell'ostio vaginale. Dopo cinque giorni, fu sezionato con le forbici il setto esistente fra le due cavità vaginali neoformate, costituito dalla doppia parete dell'ansa intestinale ripiegata e raddoppiata dal laccio, e si ottenne così un ampliamento del canale vaginale.

Nel secondo caso si trattava di una donna di 21 anno, la quale un anno e mezzo prima aveva avuto la mestruazione; d'allora era scomparsa ogni traccia di flusso mestruale, ma ad intervalli periodici regolari accusava invece forti dolori crampiformi.

All'esame ginecologico: organi genitali esterni normali, membrana dell'imene intatta, uretra ampia, attraversabile con le dita; dalla parte del retto come dalla vescica non si riscontra segno di vagina; l'utero è alquanto ingrossato e deviato a destra: nell'annesso di destra si palpa una tumefazione che si diagnostica essere un'ematosalpinx. Si tentò dapprima di ridurre il volume della tumefazione con semicupi e cataplasmi. Il 23 luglio 1912 fu eseguita l'operazione. Come nel primo caso, si praticò il canale vaginale nello spessore dei tessuti molli quasi senza perdita di sangue. Fatta la laparotomia, si riscontrò che la tromba destra, larga quanto circa due dita, conteneva una tumefazione elastica; l'utero deviato a destra era circondato da tessuto di infiltrazione duro; le ovaie alquanto ingrossate e cistiche. Essendo normali l'ovaia e la tuba sinistra, si sarebbe desiderato di fissare la porzione vaginale dell'utero nel canale vaginale artificiale, nella speranza di una eventale fecondazione della paziente. Per la presenza del voluminoso essudato e per la grave dismenorrea dell'inferma, l'A. praticò invece la castrazione totale. Senza l'isterectomia, molto difficilmente si sarebbe potuto abbassare l'ansa intestinale a causa della estesa infiltrazione della regione. L'operazione eseguita come nel primo caso durò 80 minuti, compresa l'estirpazione totale degli organi genitali. Si ebbe guarigione *per primam.*

La tecnica dell'operazione è semplice e non presenta pericoli gravi. L'importanza di un simile atto operativo non ha bisogno di essere illustrata.

P. S.

NEUROPATOLOGIA.

La meningite sierosa circoscritta cerebrale.

(LENORMANT. *La Presse méd.*, 19 ott. 1912).

Fin dal 1904, descritta da Ströbe, è stata dal Kraus e dalla sua scuola individualizzata, studiata nella sua importanza clinica et erapeutica una forma morbosa col nome di meningite sierosa circoscritta. Si tratta anatomicamente di una infiltrazione circoscritta della aracnoide, che nelle sue maglie imprigiona quasi il liquido; questo chiaro, sterile, è contenuto nelle maglie a pressione piuttosto alta, tanto da comprimere il tessuto nervoso sottostante e da determinare la stessa sintomatologia clinica d'un neoplasma solido.

Pareva, dopo la relazione di Schlesinger e di Kraus (1907), che questi tumori fossero piuttosto frequenti nella regione spinale, ma d'allora in poi s'è riconosciuto che non vanno esenti le membrane cerebrali dall'affezione, ed ora è ben conosciuta anche la forma cerebrale e cerebellare.

In tutte le osservazioni cliniche pubblicate (di cui l'A. porta degli esempi) si tratta di accumuli di liquido cefalo-rachidiano che anatomicamente rappresentano dei residui infiammatori e che, per i loro sintomi locali e generali, per la loro evoluzione, per il loro pronostico fatale, simulano completamente un tumore e sono passibili della medesima terapia.

Circa la maniera di formazione di queste pseudocisti aracnoidee bisogna pensare che l'infiammazione meningea provoca aderenze che limitano la così raccolta; nello stesso tempo si determina una esagerata produzione di liquido cefalo-rachi-

diano, mentre diminuisce il potere di riassorbimento dell'aracnoide: si giunge ad un accumulo di liquido essudato nelle maglie del tessuto cellulare sottoracnoideo.

Wendel tra le cause della meningite sierosa circoscritta ricorda: i traumi, i bacteri, le tossine. Meningiti sierose circoscritte sono state infatti segnalate dopo traumi del cranio, quali complicazioni di suppurazioni ossee craniche, durante il decorso di malattie infettive quali il tifo, l'influenza, la polmonite, il reumatismo, gli esantemi dell'infanzia; nel corso infine delle intossicazioni (piombo, alcool) o delle autointossicazioni (costipazioni, mestruazioni). Di tutte queste cause, comuni anche alla meningite sierosa diffusa, pare che l'infezione sia la causa più frequente.

Ma se pure la meningite sierosa circoscritta è sempre un fenomeno secondario, non bisogna perciò concludere che essa costituisce sempre clinicamente un epifenomeno nel decorso della malattia causale: questa può già essere estinta e la lesione meningea continuare il suo decorso e divenire predominante.

I sintomi cefalici allora dominano il quadro: la loro evoluzione è subacuta o cronica e simula da tutti i punti di vista la sintomatologia del tumore cerebrale: cefalea, stasi papillare, coma, o segni di localizzazione (convulsioni, paralisi, turbe psichiche). Difficile è la diagnosi differenziale tra le due affezioni; la puntura lombare non dà elementi utilizzabili per la diagnosi: anche il sintoma segnalato da Oppenheim (alternative di miglioramento e di peggioramento con la cura mercuriale) è incostante e senza grande valore.

Ma la differenziazione ha poco valore per la determinazione curativa: la trapanazione è indicata come l'unica via di salvezza. L'evacuazione del liquido accumulato al disotto dell'aracnoide basta per assicurare la guarigione: si deve però non pungere, ma incidere largamente la parete della pseudo-cisti per evitare la recidiva.

In ogni caso però di meningite sierosa circoscritta bisogna sempre ricercare, in vicinanza del focolaio di meningite, se non esista un tumore o un ascesso sottostante; la palpazione, la puntura esplorativa, al bisogno l'incisione del cervello o del cervelletto, saranno indicazioni sufficienti.

Considerato il processo come asettico, si può fare a meno del drenaggio, che ha l'inconveniente di determinare scolo del liquido cefalorachidiano, infezioni secondarie. T. PONTANO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN ROMA.
Reparto chirurgico diretto dal prof. G. MAZZONI.

Ferita da arma da fuoco dell'addome con lesione del tenue, colon, mesentere, epiploon. Guarigione.

Considerazioni sul trattamento delle ferite dell'intestino.

Dott. RAFFAELE CORMIO, aiuto-chirurgo.

A..., di anni 32, maritata, non ha avuto figli nè aborti. Non malattie pregresse. Di sana e robusta costituzione.

Alle ore 13 del 1° novembre, dopo di avere abbondantemente mangiato, per disgrazia è stata ferita da un colpo di rivoltella all'andome.

Il dolore fu così lieve che fu convinta di essere stata ferita soltanto dalla vista del sangue. Non potendo avere soccorso in casa, trovandosi sola, si è recata in casa di suo padre, il quale considerata la gravità del caso, la fece trasportare all'ospedale di Frascati, ove i medici dopo averla visitata, consigliarono di farla trasportare a Roma per le cure opportune.

Fece il lungo tragitto in barella e giunse allo ospedale alle ore 18 e 30.

Si nota una ferita da arma da fuoco situata un dito a destra della linea mediana e un dito al disopra dell'ombelico.

Non vi è forame d'uscita.

Addome meteorico, immobile. Respirazione totalmente toracica, frequente, superficiale.

I muscoli addominali fortemente contratti (difesa muscolare molto valida).

Palpazione dell'addome, dolente, impossibile a praticarsi. Conservata la ottusità epatica alla percussione.

Polso piccolo, frequente, 140, molle.

Sensorio integro, stato di agitazione, faccia sofferente, convinzione della malata di essere in istato grave.

L'urina spontaneamente emessa è normale.

Le condizioni locali dell'addome, la regione di entrata del proiettile, lo stato generale, fanno pensare che sicuramente esistono lesioni viscerali per cui si decide di intervenire immediatamente.

Credetti opportuno di non ricorrere alla cloronarcosi perchè a stomaco pieno, si sarebbe determinato vomito insistente che avrebbe danneggiato le condizioni dell'inferma.

Praticai perciò l'anestesia dorso-lombare secondo Jonnesco, iniettando 5 centigrammi di stovaina.

L'anestesia ottenuta fu completa e si protrasse per tutto il tempo dell'operazione che ebbe la durata di 40 minuti.

Feci un'incisione laparotomica mediana di circa 20 cm. avendo per centro l'ombelico e passando a sinistra di questo.

Aperto il peritoneo si avverte subito odore di gas intestinale, e poca quantità di sangue libero.

Rialzando la parete destra dell'incisione, si vede il forame del peritoneo, sfrangiato, distante circa 4 centimetri dalla linea mediana.

Per arrivare sulle anse intestinali si scosta l'epiploon, e si nota su di questo una ferita poco sanguinante, che viene suturata.

Si comincia a svolgere il tenue: alla distanza di circa un metro di esso dal cieco si notano due ferite del tenue, situate poco distante dall'inserzione mesenterica, forame d'entrata e forame di uscita, di forma rotonda, a margini irregolari e contusi, con procidenza della mucosa, beanti.

Si pratica la sutura a due strati con seta n. o, avendo cura di eseguire la linea di sutura in direzione trasversale all'asse intestinale per evitare di restringere troppo il lume intestinale.

Non si pratica la resezione perchè si ritiene che l'ansa non sia rimasta troppo stenosata da temere ulteriormente disturbi di canalizzazione.

Distalmente a queste lesioni del tenue si rinviene una ferita trasfossa del mesentere che viene suturata.

Si finisce di svolgere tutto il restante del tenue rapidamente, e si trova integro.

Tutta la porzione di tenue soprastante alla parte lesa è ripiena di materie alimentari che si sentono al tatto e si vedono per trasparenza (maccheroni). La disgrazia è avvenuta un'ora dopo il pasto che consistette in maccheroni e carne.

Dalle ferite del tenue, essendo in quel punto vuoto di contenuto, non erano fuoriuscite materie intestinali.

Si passa quindi all'esplorazione del colon. Al colon ascendente, nel suo mezzo, sulla sua faccia mediale si trova un'altra ferita dell'aspetto delle precedenti, dalla quale fuoriescono gas e piccole particelle di contenuto fecale. Si pratica la sutura a due strati e sulla sutura si fissa, per aumentarne la resistenza, il mesocolon.

Nella fossa iliaca destra v'è una discreta raccolta di sangue che viene prosciugata con tamponi.

Si ispeziona rapidamente il restante del colon e lo stomaco.

Non essendoci altre lesioni si decide di chiudere le pareti. Prima di passare a questo si immette nella cavità peritoneale una quantità di circa 150 cmc. di olio canforato al 10 %.

L'ammalata si mette al letto nella posizione di Fowler. In tutta la nottata fu praticata la proctoclisi. Durante la notte, che passò tranquilla, non ebbe vomito, non singhiozzo.

Non furono praticate iniezioni eccitanti, essendo il polso diventato pieno e meno frequente, bensì si fecero iniezioni di morfina le qual furono ripetute anche nei giorni consecutivi.

Il decorso postoperatorio fu dei più favorevoli. In dodicesima giornata furono tolti i punti di seta della pelle.

Dopo 18 giorni dall'atto operativo accusò dolore al polpaccio sinistro ed alla coscia. Il dolore durò qualche giorno, senza elevazione di temperatura, ma con gonfiore apprezzabile del polpaccio e della coscia. Si pensò a una flebite della safena, per cui si prolungò il riposo a letto per altri 10 giorni, facendo fare continue applicazioni calde.

Le funzioni dell'intestino si compievano normalmente.

Il 28 novembre l'ammalata esce dall'ospedale completamente guarita.

La radiografia eseguita dopo varii giorni dimostra che il proiettile risiede nella masse muscolari della fossa iliaca interna destra. La sua presenza non provoca nessun disturbo.

Prendo occasione da questo caso così favorevole per fare alcune considerazioni sul trattamento delle ferite intestinali.

L'anestesia dorso-lombare secondo Jonnesco tra la ultima vertebra dorsale e la prima lombare fu perfetta e durò per tutto il tempo dell'operazione.

Jonnesco adopera nna soluzione di stovaina e di stricnina, io ho adoperato una soluzione di stovaina nella quantità di 5 centigrammi.

La rachianestesia generale ha su quella per inalazione il vantaggio della semplicità, della innocuità e della mancanza di controindicazioni di sorta date o da malattie dell'infermo o dal suo stato generale grave.

Prima dell'operazione furono fatte due iniezioni di morfina da un centigrammo l'una.

Il vantaggio di poter usare di questo genere di anestesia è immenso, in ammalati che devono essere operati urgentemente senza alcuna preparazione del tubo gastro-enterico.

La narcosi cloroformica provoca in tutti i casi il vomito durante e dopo l'operazione.

A parte i pericoli che presenta per le polmoniti *ab ingestis* in feriti che spesso sono a stomaco pieno, non è da trascurare il debilitamento che produce a tutto l'organismo per i continui sforzi, la nausea, ecc.

Gli sforzi di vomito mettono in movimento le anse intestinali. In conseguenza di ferite intestinali, piccole o grandi quantità di materiale liquido e gassoso fuoriescono e inquinano il peritoneo. Durante l'atto operativo la toeletta intestinale per quanto accurata non può mai riuscire completa; per cui se riusciamo ad immobilizzare al più presto le anse intestinali verremo indirettamente a localizzare la reazione infiammatoria del peritoneo.

La sutura delle ferite intestinali evita solo la ulteriore fuoriuscita di materie fecali; riguardo alla infiammazione del peritoneo se avviene in grado maggiore o minore o tale da determinare la morte, essa è dovuta solo al materiale fecale fuoriuscito fino al momento in cui le ferite sono state occluse con sutura.

La anestesia dorso-lombare evita il vomito e produce una paresi delle anse intestinali.

Questo fattore sull'esito dell'operazione non è trascurabile, perchè l'immobilizzazione delle anse diminuisce lo spandimento di materie fecali nel peritoneo.

La difesa muscolare difatti, l'immobilità addominale respiratoria sono l'esponente della reazione da parte del peritoneo irritato dal versarsi di materiale settico. Ciò porta per conseguenza una diminuzione dello scorrimento delle anse fra loro, quindi una minore disseminazione di germi nel peritoneo.

Dunque è d'uopo preoccuparsi molto di porre in quiete tutto il canale digerente.

La morfina a questo scopo prima e dopo l'operazione e nei giorni seguenti dev'essere usata senza risparmio.

La dose di morfina deve essere tale da determinare il sonno, e da questo il paziente si sveglia rafforzato e migliorato.

Essa mettendo in quiete l'organismo favorisce l'azione degli eccitanti e migliorando l'azione cardiaca, determina l aumento della diuresi.

La nostra malata non ha avuto neppure una iniezione eccitante; mediante la rettoclisi prolungata e la morfina in quantità sufficiente si è ottenuto un polso pieno, regolare e la quiete assoluta del sistema nervoso.

Si è sperimentato l'iniezione di olio canforato nelle peritoniti acute; poichè pare di averne avuto dei buoni risultati, l'uso è stato esteso nei casi in cui per ferite o per operazioni sull'intestino c'è da temere l'insorgenza della peritonite.

Glimm ammette che l'iniezione dei corpi grassi nella cavità peritoneale debba ostacolare l'assorbimento dei germi e delle tossine da parte delle sierose.

Aggiungendo della canfora agli effetti favorevoli dei corpi grassi si aggiunge l'azione cardiotonica della canfora.

Questi effetti dell'olio canforato nella cavità peritoneale sono stati controllati anche con varii esperimenti sugli animali.

In clinica si è constatato che la iniezione di olio canforato nel peritoneo (Glimm, Hirschel, Borchardt, Vignard, Arnaud) manifesta la sua azione con due ordini di fenomeni: col miglioramento del polso e colla scomparsa della paralisi intestinale.

Importante anche è il fatto che l'olio eviti la formazione di aderenze fra le anse intestinali.

Ho adoperato una soluzione di olio canforato al 10 % nella quantità di circa 200 cmc. Una parte di olio però fuoriuscì durante il tempo di chiusura delle pareti addominali, perchè le anse erano molto distese e non permettevano l'entrata dell'olio fra esse. Per cui è da preferire di immettere l'olio quando la chiusura delle pareti è già fatta.

Per la tecnica mi sono servito di un comune apparecchio da ipodermoclisi. In luogo dell'ago, ho innestato una siringa metallica uretrale. La lunghezza di questa permette di portare l'olio in tutti i punti del peritoneo, specialmente nei punti più distanti, quali la regione sottodiaframmatica.

Sono convinto che l'olio canforato debba realmente essere utile, sia diminuendo l'assorbimento delle sostanze tossiche, sia agendo mediante la canfora come cardiotonico che come antisettico innocuo al peritoneo, sia evitando la formazione di aderenze fra le anse. Ho adoperato l'olio canforato in parecchi casi di peritoniti acute diffuse totali. In una di queste avendo fatto l'autopsia ho trovato che l'olio si era distribuito su tutte le anse.

Questo fatto deve avere una influenza notevole nell'evitare la formazione delle aderenze.

L'alto titolo della soluzione oleosa da me adoperata (10 %) dimostra che possiamo usare di grandi quantità di canfora senza nuocere.

Nelle ferite da armi bianche, essendo la ferita intestinale quasi sempre unica, la laparotomia laterale, se la lesione della pelle è laterale, fornisce una via sufficiente; invece è preferibile sempre nelle ferite da arma da fuoco, ricorrere subito alla laparotomia mediana come quella che rende più agevole l'esame accurato di tutte le anse intestinali, essendo più sovente, parecchie le ferite dell'intestino.

È utile cominciare con una incisione piccola che ha il vantaggio di fare risparmiare tempo nella sutura delle pareti, di rendere più facile il contenere l'intestino e di essere sempre un trauma minore. Più l'incisione è piccola, più difficilmente si produrranno ernie.

Se si rende necessario, niente di più facile che allargare l'incisione.

Una quistione controversa che si presenta in questi interventi è quella di dovere o no tamponare.

Il tamponamento ha vantaggi reali in molti interventi nell'addome, ma nelle ferite intestinali è un errore.

Se noi speriamo con uno zaffo piccolo o grosso che sia, di drenare la cavità peritoneale libera, non facciamo che illudere noi stessi e danneggiare l'operato.

La cavità peritoneale racchiude un gran numero di pieghe e di saccocce liberamente comunicanti fra loro.

Se è vero che per questa ragione, in caso di spandimento di feci, la toeletta completa della sierosa è molto difficile per non dire impossibile, qualunque mezzo si adopera, prosciugamento a secco, o lavaggio, è anche vero che non abbiamo nessun mezzo di drenare tutta la cavità peritoneale se questa è rimasta infettata.

Sappiamo che ogni sostanza che giunge nel cavo peritoneale, in poco tempo viene portata in giro per tutta la cavità, perchè gli organi si trovano in continuo movimento gli uni sugli altri, movimento determinato dalla respirazione, dalla peristalsi, dal diverso stato di ripienezza degli organi cavi, dai movimenti di tutto il corpo.

Se non possiamo fare una toeletta efficace di tutta la cavità peritoneale, non è detto che il materiale settico versatosi nel cavo peritoneale sia tale da determinare sempre la peritonite

Il peritoneo è fornito di tali poteri vitali che riesce spessissimo a vincere l'infezione quando questa non sia troppo virulenta e quando ne viene a tempo arrestata la sorgente. Se così non fosse, nelle ferite dei visceri cavi la laparotomia dovrebbe essere sempre inutile.

Invece nostro compito durante l'operazione è soltanto quello di impedire che nuovo materiale settico si versi e di asportare quel tanto che possiamo, senza nuocere coll'affaticarci a pulire troppo minuziosamente il peritoneo, il che è sempre un trauma nocivo che bisogna evitare.

Mikulicz dice che quando non vi è che un'irritazione peritoneale e perfino nella peritonite leggera è permesso chiudere completamente il ventre.

Molti chirurgi difatti chiudono il peritoneo in alcuni casi di appendicite, con liquido nell'addome e con peritonite iniziale con grande utilità del malato.

Sembrerebbe dice Lejiars che il drenaggio addominale dovrebbe essere la valvola di sicurezza quando vi sia stato spandimento di feci nel peritoneo.

La garza o il tubo di cautchou invece non aspirano affatto la fuoruscita dei secreti che si formano nella cavità addominale libera da aderenze.

Quando si drena la cavità peritoneale, allo scopo di drenarla tutta, non si drena invece che quella piccola parte del peritoneo che rimane a contatto del drenaggio. Ciò perchè anche dopo poche ore attorno al drenaggio si formano le aderenze che isolano completamente e totalmente dal restante della cavità addominale.

Cosicchè il drenaggio ha un valore immenso e non può essere sostituito da nessun altro mezzo quando esso viene usato in cavità già preformate, come nelle peritoniti circoscritte (appendiciti, Douglas ecc.). In questi casi gli ottimi risultati si hanno soltanto per il drenaggio.

Inoltre il drenaggio addominale non è vero che sia inoffensivo ed indifferente; perchè in secondo tempo produce ernie parietali, eventramenti, prolungamento della durata della guarigione ma può determinare, e ciò è molto grave, la mancanza della sutura fatta sull'intestino e l'infezione dall'esterno all'interno.

La formazione di aderenze presenta un'importanza speciale per le suture intestinali e ad esse soltanto appartiene la solidità della sutura sierosa. La formazione delle aderenze viene favorita non solo dallo sfaldamento epiteliale che avviene per lo sfregare che si fa del peritoneo per il prosciugamento colle pezze, per il mutuo contatto prolungato delle pagine sierose che per essere in completo riposo (paresi intestinale infiammatoria e postoperatoria) non si muovono l'una sull'altra, ma specialmente per l'infezione del peritoneo che è l'eccitamento più potente per il prodursi dell'essudazione plastica e delle aderenze. Le aderenze rapidamente costituite per l'addossamento ad un'ansa vicina alla linea di sutura, servono a facilitare l'occlusione della ferita suturata.

Queste constatazioni essenziali ci devono guidare a non ostacolare iu nessun modo lo formazione di aderenze.

Il drenaggio invece se va a toccare la linea di sutura intestinale, certamente ritarda la cicatrizzazione di essa e spesso produce la fistolizzazione della ferita suturata.

Dunque il drenaggio non solo è inutile ma è certamente dannoso.

Inutile perchè non può giammai drenare la cavità libera peritoneale se questa è rimasta infettata gravemente.

Dannoso perchè può fare mancare il coalito della sutura fatta nel caso che poggi proprio sulla linea di sutura.

Cosicchè essendo necessario situare il drenaggio lontano dalla linea di sutura, se supponiamo di avere piazzato il drenaggio lontano dalla

linea di sutura e che questa si fistolizzi, non si viene ad evitare la peritonite saccata o diffusa perchè il drenaggio è lontano dalla sutura e non può drenare all'esterno.

Si ha un timore maggiore nelle ferite del colon le quali si vogliono perciò più facilmente drenare.

Le ferite del crasso si distinguono da quelle del resto dell'intestino per il contenuto di esso di feci ispessite e per la minore mobilità e per la lentezza della sua peristalsi. Cosicchè se la virulenza maggiore di batteri fa sì che le lesioni del crasso sono più pericolose di quelle del tenue il pericolo dell'infezione peritoneale invece è di molto diminuito per la densità del contenuto, la mobilità minore e la minore forza peristaltica per cui si deve ritenere che le lesioni del crasso non hanno, quando sono state trattate bene con sutura un decorso più sfavorevole di quello del tenue ed il bisogno di doverle drenare viene a mancare. Anzi se si lascia vicino alla sutura un tampone, immancabilmente si ha la fistolizzazione della sutura.

All'ospedale della Consolazione ho operato un giovane che aveva riportato in rissa una ferita da punta e taglio nel quadrante sinistro dell'addome. La ferita penetrante in cavità aveva leso il colon discendente.

Feci la laparotomia laterale parareltale. Suturai la ferita del colon con due piani di sutura e chiusi le pareti per prima. La sutura del colon tenne bene.

Si ebbe però una piccola suppurazione delle pareti.

Se avessi tamponato certamente la suppurazione delle pareti sarebbe stata portata dal tampone al peritoneo.

Invece il peritoneo chiuso completamente rimase escluso dalla sepsi delle pareti, la quale si esaurì dopo pochi giorni.

Altro pericolo del drenaggio è la possibilità di un'infezione dall'esterno all'interno (Hartmann, Morax, ecc.).

È noto che negli interventi sull'addome quando si apre il canale intestinale, mentre il peritoneo reagisce ad una piccola quantità di batteri, si nota spesso una suppurazione delle pareti addominali, data spesso dal *B. coli*. Se ciò avviene e la cavità peritoneale fu chiusa, il peritoneo rimane escluso dal focolaio infiammatorio che si svolge nelle pareti.

Ma se fu fatto il tamponamento è per mezzo di questo che avviene l'infezione se non di tutta la cavità peritoneale, come può anche accadere, almeno di quella sacca di peritoneo che il tamponamento ha stabilito attorno ad esso.

In tal caso la durata della guarigione si prolunga di molto e conseguenza inevitabile è la formazione secondaria di un'ernia della parete.

Dunque i pericoli del tamponamento non sono pochi. Di regola dove usciva lo zaffo dell'addome, si produce un'ernia.

Nelle prime ore e talvolta nei primi giorni il tampone può essere spinto fuori del peritoneo per la pressione addominale, in seguito a sforzi di vomito e dalla tosse e può erniare anche l'intestino.

Non drena la grande cavità libera del peritoneo. Facilita la fistolizzazione della sutura intestinale.

Favorisce l'infiammazione della sacca peritoneale circoscritta dal tampone. Può, sebbene più raramente, favorire l'infiammazione di tutto il peritoneo.

I vantaggi invece della chiusura primitiva sono grandi. Guarigione rapida, di rado seguita da formarsi di ernia.

Impedisce la formazione di aderenze della cicatrice delle pareti addominali coi visceri sottostanti che può essere causa di dolori continui e di strozzamenti delle anse attorno alle aderenze. Sicurezza di non infettare il peritoneo secondariamente nel caso che le pareti addominali suppurano.

Per conchiudere, buoni risultati si possono avere nel trattamento delle ferite intestinali con una tecnica appropriata.

Evitare la narcosi cloroformica od eterea ed eseguire invece l'anestesia dorso-lombare.

Essere rapidi nell'atto operativo, praticando le minori manovre possibili sull'intestino.

Chiudere sempre totalmente le pareti addominali abbandonando definitivamente il tamponamento.

Iniettare dell'olio canforato nella cavità peritoneale.

Dopo l'operazione: Posizione di Fowler, rettoclisi abbondante e ripetuta; morfina per iniezioni a dose sufficiente fino a procurare il riposo del malato.

Roma, dicembre 1912.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 marzo 1913.
Presidenza
del prof. **E. Marchiafava**, vice-presidente.

Dott. **L. Zapelloni**. *Tumore primitivo dell'omero a tipo tiroideo e paratiroideo.* — L'O. ricorda il caso di tumore del radio a tipo tiroideo che presentò all'Accademia nella seduta del 26 gennaio scorso. Concluse allora sulla primitività del tumore. Data l'importanza dell'argomento ha studiato istologicamente il pezzo anatomico di un tumore operato molti anni or sono e che fu diagnosticato per linfoepitelioma. I preparati microscopici hanno dimostrato chiaramente che anche questo tumore era a tipo tiroideo in alcuni punti ed in altri a tipo paratiroideo.

Prof. **R. Campana**. *Della necessità d'intensificare l'uso della tubercolina nella pratica diagnostica.* — L'O. ritorna su di un argomento da lui sostenuto altre volte, cioè sull'opportunità della tubercolina antica a scopo diagnostico della tubercolosi. L'elevazione della temperatura e i segni evidenti e caratteristici, misurabili coll'indagine fisica, riescono a lumeggiare la diagnosi quando si inietta tubercolina antica in un individuo in cui si sospetta la tubercolosi. Riguardo al potere curativo della tubercolina egli distingue due casi: la tubercolosi semplice e la tubercolosi settica. Nella tubercolosi settica sarebbe un grave errore iniettare tubercolina per l'imponenza dei fenomeni reattivi che si determinano, ma nella tubercolosi semplice l'uso di tubercolina antica a dose refratta, piccolissima, non dà mai reazioni generali allarmanti, mentre può modificare a grado a grado l'organo leso e renderlo più resistente al bacillo tubercolare.

Il prof. **Gosio** riconosce l'importanza del principio esposto dal prof. Campana. Nell'applicazione però trova necessario difenderlo con ogni impegno dagli errori, che furono causa del discredito della tubercolina. Questi errori sono inerenti alla *qualità della tubercolina*, che in pratica si usa, alla *scelta dei casi per la cura*, ed all'*indirizzo tenuto nel trattamento*.

Circa la qualità della tubercolina l'O. osserva che l'impiego di una tubercolina preparata con scrupolo non è cosa di tutti i giorni, tanto più che trattasi di una sostanza di non facile controllo. Al riguardo occorre arte e tecnica ed un insieme di criteri che solo il provetto batteriologo possiede e senza cui si hanno *linfe* scadenti, anormali come contenuto specifico e quindi inadatte sì alla diagnosi come alla cura.

Quanto alla scelta dei casi, accenna a quelli che dalla tubercolizzazione risentono un indiscutibile beneficio in confronto di altri, che o non s'influenzano per nulla o si aggravano di più. Compito del clinico è l'esatto discernimento in proposito; senza ciò oltre che non giovare all'infermo, si discredita il principio.

Infine ha grande importanza il metodo delle iniezioni, metodo che deve basarsi sul moderno concetto opsonico, evitando cioè quelle « fasi negative », che furono così funeste già al tempo dei primi studi di Koch. Cominciando da dosi minime e via via progredendo con grande precauzione, sulla guida termometrica, si possono far tollerare, anche all'infermo più recettivo, dosi enormi di tubercolina: solo così può conferirsi una resistenza valida alla diffusione del processo tubercolare. L'O. dubita che alle tre serie di errori surriferiti, pur ammettendo la migliore volontà, possa ovviarsi nel comune esercizio della pratica medica. È lieto che il prof. Campana con atto munifico e generoso abbia offerto al pubblico un istituto in cui il trattamento colla tubercolina, sia nei riguardi diagnostici, come in quelli terapeutici, possa farsi colla garanzia, che viene da un assiduo e oculato controllo.

Prof. **G. Mingazzini**. *Ricerche sperimentali (sulla scimmia) sull'apparato orolinguale, centrale e periferico.* — L'O., che già aveva avuto occasione di studiare le alterazioni che si manifestano nell'apparato orolinguale in seguito al taglio dello ipoglosso, ha ripreso ora lo studio sulla scimmia per indagare le alterazioni che si hanno per il taglio variamente combinato dell'ipoglosso, del faciale e del glossofaringeo. Mostra alcune scimmie operate per illustrare le conclusioni a cui è venuto.

Prof. **R. Bastianelli**. *Estirpazione totale della vescica per cancro* (due casi con presentazione di un malato). — L'O. riferisce su due malati in cui fece asportazione totale della vescica. Il primo morì non molto tempo dopo l'operazione, ma il secondo, che viene presentato all'Accademia, si trova in discrete condizioni di salute. Nel secondo malato non fu potuta eseguire la cistoscopia perchè il tumore vescicale lo impediva, non si conosceva perciò l'estensione e la sede del tumore. Espone l'operazione eseguita e mette in rilievo che in questo genere di operazioni egli non si preoccupa degli ureteri, nè della loro posizione. Per la salute dell'infermo trova più vantaggioso operare in questo modo che anastomizzare gli ureteri nel retto o nella S iliaca. A. BALDONI.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 2 aprile 1913.

F. Valtorta. *La colpoisterectomia vaginale nella cura del prolasso utero-vaginale.* — Dopo aver accennato alla difficoltà del problema terapeutico ed alla necessità di conoscere bene il modo di formazione dei prolassi divide tutti i metodi proposti per la cura in quattro categorie raggruppandoli a seconda delle linee direttive. Sulla scorta di 39 casi (dal 1889 ad oggi su centinaia di prolassi curati) uno dei quali recente, che illustra brevemente, delimita quale posto spetti alla colpoisterectomia nella cura del prolasso, ne descrive la tecnica migliore, dà ragguagli degli esiti prossimi e remoti che furono ottimi. Conclude dicendo che la colpoisterectomia per prolasso deve essere affatto eccezionale, ma quando è necessaria si mostra superiore a qualsiasi altro atto operativo.

I. Boni. *L'urotropina nella cura del tifo.* — L'O. riferisce lo studio clinico di 18 casi di tifo curati coll'urotropina, con ottimi risultati: in dieci di questi furono anche praticate ricerche batteriologiche per seguire l'eliminazione del bacillo di Eberth nelle feci e nelle orine.

A. Macchi. *Sopra un caso di splenotifo a sindrome anemica.* — In un giovane soldato reduce dalla Libia, che aveva presentato il quadro clinico di anemia perniciosa progressiva, nel quale le prove di Widal e l'emocultura praticata in vita erano state negative, si constatarono al tavolo anatomico piccoli focolai nodulari a tipo necrotico emorragico nella milza, da cui si isolò un microrganismo coi caratteri del b. di Eberth, dotato di alto potere emolitico anche in vita.

C.-B.

Clinica medica di Genova.

Seduta del 29 gennaio 1913.

Romanelli e Connio. *Reazione tardiva della tubercolina a scopo diagnostico.* — Gli OO. riferiscono su tre casi degenti in Clinica ai letti nn. 1, 9 e 9 *bis*, affetti da tubercolosi polmonare con reperto negativo degli sputi, apiretici ed in discrete condizioni di salute. In questi casi la prova della tubercolina, somministrata per via ipodermica, fu completamente positiva; però la reazione termica in tutti e tre i casi fu tardiva (cosa che non frequentemente avviene), vale a dire comparve dopo le prime 24 ore dalla somministrazione della tubercolina. Richiamano i pratici sull'importanza di tale fatto e sulla necessità di raccogliere con molta esattezza le oscillazioni termiche che per avventura si hanno nei primi giorni successivi alla somministrazione della tubercolina, perchè diversamente talvolta si viene a risultati erronei.

Pellegrini. *Sindrome urologica nelle affezioni pancreatiche.* — L'O. riferisce le sue ricerche, eseguite sulle urine di 14 ammalati affetti da differenti lesioni pancreatiche. Dopo aver preso in considerazione le varie modificazioni urinarie riscontrate, soffermandosi sui reperti ai quali viene attribuito un valore di elemento quasi specifico di tali lesioni, viene nella determinazione che un significato semeiologico costante e sicuro è dato dalla ricerca del fermento amilolitico che, in tutti i casi esaminati, gli si è sempre dimostrato, in vario modo, a seconda delle alterazioni, diminuito.

Manfredi. *Osservazioni sull'uso dell'apparecchio di Uskoff.* — Dopo assai numerose applicazioni di questo apparecchio l'O. può sicuramente affermare che esso corrisponde ottimamente, non solo quando si vogliono eseguire rilievi di confronto in brevi periodi di tempo, ma ancora in periodi di alcuni giorni, essendo evitabili eventuali errori, derivanti dalla costruzione dell'apparecchio, sia per quanto riguarda i valori delle pressioni massime e minime sia per quanto riguarda la morfologia del tracciato sfigmico.

La deficenza di particolarità morfologiche, lamentate da taluni, si evita facilmente regolando la posizione dell'asticina scrivente, in modo da appoggiarla obliquamente, anzi che perpendicolarmente, sul tamburino ricevitore. Vi rimane così sempre aderente e risente tutte le oscillazioni della membrana.

A. BERTOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La patogenesi della presbiofrenia.

La presbiofrenia è caratterizzata da amnesia continua, disorientamento allo-psichico senza disorientamento auto-psichico, favoleggiamento con illusioni di falso riconoscimento, relativa integrità dell'intelligenza.

Il sintomo essenziale è costituito dalla mancata fisssazione delle immagini nuove, ossia dell'ammesia di fissazione: tutti gli altri sintomi sono una diretta conseguenza di questo disturbo.

Le teorie finora emesse per spiegare tale sindrome sono quattro:

1° Essa è una modalità della demenza senile.

2° È una varietà della psicosi polinevritica.

3° È dovuta ad un'insufficienza epato-renale, che produce uno stato confusionale, che si aggiunge ai disturbi della senilità e dell'arteriosclerosi.

4° È dovuta unicamente ad una insufficienza del lobo occipitale.

La presbiofrenia non può ritenersi una varietà della demenza senile, perchè la decadenza massiva della mente, che è il disturbo essenziale di questa forma, manca ordinariamente nella presbiofrenia, che del resto è stata constatata anche in individui di quaranta anni. Nè può ritenersi che la presbiofrenia sia una varietà della psicosi polinevritica, perchè essa nella maggior parte dei casi non è accompagnata da polinevrite.

Gli autori sulla base di osservazioni dirette sostengono che, a parte la causa, che determina l'alterazione cerebrale, e che potrebbe anche essere legata ad una lesione epato-renale, la presbiofrenia sia dovuta ad una insufficienza funzionale del lobo occipitale.

DRAGOTTI.

(DIDE e GASSIOT. *Revue neurologique*, genn. 1912).

Sulle psicosi mestruali.

L'A. accetta le idee svolte intorno a questo argomento dal Krafft Ebing nei suoi due noti lavori del 1878 e del 1902; ammette cioè la esistenza di psicosi mestruali, svolgentisi ora su fondo isterico o epilettico, ora invece su di una predisposizione psicopatica di indole assai più generale. Tali psicosi sogliono essere recidivanti o periodiche, talora però si esauriscono in un unico accesso; possono aver esito in guarigione o svolgersi come psicosi cronica inguaribile.

L'A. non ignora come al concetto delle psicosi mestruali siano state mosse molte critiche, negandosi da molti autori che si tratti di una vera entità clinica; e ammettendosi invece che si abbia a che fare con casi appartenenti a forme morbose assai diverse (isteria, epilessia, demenza precoce, frenosi maniaco-depressiva). A tutte queste critiche, che vennero riassunte in un recente lavoro di Haeffner e a cui indubbiamente moltissimi psichiatri si associano, l'A. crede di poter rispondere vittoriosamente.

A conferma delle sue idee l'A. descrive un caso che egli considera come tipico della psicosi mestruale. Si tratta di una donna di 38 anni, alla qnale, nel 1903, fu praticata in una clinica ginecologica l'estirpazione di entrambe le ovaie. Immediatamente dopo l'operazione la donna notò modificazioni nel suo stato psichico (irritabilità, smemoratezza), le quali però scomparvero col tempo. Inoltre, mentre prima le mestruazioni non erano accompagnate da alcuna alterazione psichica, dopo l'operazione la paziente cadeva, ad ogni epoca mestruale, in uno stato di depressione che durava parecchi giorni. Malgrado l'operazione i *menses* comparivano regolarmente quantunque assai scarsi; un fatto questo non inverosimile, essendo già stata da vari autori segnalata una tale possibilità.

V. FORLÌ.

(KÖNIG. *Berliner kl. Wochenschr.*, 1912, n. 35).

L'anoressia mentale.

L'anoressia isterica (Lasegue), anoressia nervosa (Gull) o anoressia mentale (Ballet) è una perversione psichica dell'appetito con scomparsa della sensazione o del bisogno della fame che porta di conseguenza una diminuzione progressiva della razione alimentare: spesso l'anoressia ha avuto il suo punto di partenza da un lieve disturbo gastro-intestinale di origine organica; per lo più però insorge o in seguito a qualche patema di animo, o in seguito ad un'idea. Qualunque sia la causa prima dell'anoressia mentale, è caratteristica di essa la scomparsa totale dell'appetito: per lo più l'ingestione degli alimenti non determina sofferenze o nausee. I diversi tentativi fatti per ridestare l'appetito non solo non ottengono successo, ma spesso aggravano la malattia.

Nell'anoressia mentale si può arrivare a gradi estremi di denutrizione: si constata quasi sempre insonnia o torpore mentale e sempre una stipsi ostinata. Se non si prende un riparo pronto alla

malattia, difficilmente si potrà evitare la tubercolosi che attecchisce facilmente in individui deperiti.

La terapia dell'anoressia mentale è lunga e difficile: nei casi ostinati è necessario l'isolamento del malato, il riposo in letto associato alla psicoterapia. Il medico deve convincere il malato ad alimentarsi, deve ricercare le cause morali ed emotive del disturbo e in qualche caso ricorrere al *gavage*. P. A.

TERAPIA.

Cura della disfagia dolorosa nella tubercolosi del laringe.

Una disfagia assai dolorosa può essere provocata da lesioni specifiche tubercolari del laringe specialmente se queste siano a carico dell'epiglottide o delle aritenoidi. I malati rifiutano qualsiasi cibo, ne consegue uno stato di denutrizione favorevole all'evoluzione anche più rapida della o delle lesioni specifiche.

G. Berruyer (*Le Bull. Méd.*, 14 dic. 1912) passa in rivista i vari metodi più in uso per diminuire temporaneamente o definitivamente l'iperestesia laringea ed evitare la disfagia.

1° *Inalazioni*. — Il rimedio che dà migliori resultati è l'ortoformio:

Ortoformio	a parti uguali
Gomma arabica . . .	
Dijodoformio	

Il malato introduce nella bocca, a contatto con la parete faringea l'estremità del tubo di Leduc o d'Escat con l'orifizio rivolto in basso; l'altra estremità è messa a contatto con una piccola quantità di polvere, si fa compiere un brusco movimento d'inspirazione a labbra chiuse e la miscela anestetica è proiettata a contatto con la superficie ulcerata.

2° *Polverizzazioni*. — Si possono praticare 3-4 volte al giorno le seguenti formole:

Mentolo cristallizzato	gm.	2
Tintura di Eucalipto	»	20
Alcool a 90°	»	140
Acqua distillata	»	340

(Castex)

oppure:

Cloridr. di morf.	gm.	0.25-0.65
Cloridr. di cocaina. . .	»	0.50-1
Adrenalina 1 ‰. . . .	»	2-5
Glicerina pura.	ana gm.	50
Acqua di lauroceraso .		
Acqua	gm.	400

(Moure).

Ma le polverizzazione hanno effetto temporaneo e possono determinare inappetenza.

3° *Insufflazioni*. — Si può proiettare con apparecchio adatto, del mentolo polverizzato, dello jodoformio, o dell'ortoformio sulle ulcerazioni.

Prima dei pasti Schrötter consiglia insufflare:

Cloridr. di morfina . .	ana gm. 2
Gomma arabica polver.	

Le insufflazioni devono essere praticate sulla guida dello specchio, così pure le

4° *Pennellature* di olio mentolato di anestetici, associati a decongestionanti.

5° *Metodo di Bier*, indicato da Polyak di Budapest e ripreso da Grabower; consiste nella compressione delle giugulari per mezzo di una fascia elastica munita di cuscinetti.

La fascia è collocata al disotto del laringe e mantenuta in sito con cinture che passano sotto le ascelle.

La costrizione il primo giorno durerà 6 ore, poi 12-15 ore, venti, fino a 24 ore.

Dopo la seconda applicazione diminuisce la disfagia, scompare al 4° giorno talora al punto da permettere alimentazione con cibi liquidi o semiliquidi.

6° Le iniezioni di cocaina, di novocaina ed adrenalina nello spessore delle aritenoidi, producono temporanea anestesia.

7° Le iniezioni di cocaina sul decorso del laringeo superiore, che, con la branca orizzontale innerva la parte sottoglottidea del laringe, sono state tentate nel 1905 da Vieresk e da Braun. Il filetto nervoso decorre parallelamente al gran corno dell'osso joide, tra esso e il margine superiore della cartilagine tiroide, è ricoperto dal muscolo tirojoideo e riposa sulla membrana tiro-joidea, che esso perfora per penetrare nel laringe alla base della piega ariepiglottica. Con l'indice si cerca il gran corno dell'osso joide mentre col pollice si fa sporgere il laringe. Il punto si trova un po' al disotto della metà della linea verticale che congiunge i due punti di repere; spesso quivi si può provocare un dolore speciale che è anche guida alla ricerca del nervo stesso.

Con l'ago si attraversa la pelle, il cellulare, i muscoli, e si ha la sensazione di penetrare in uno spazio libero, l'ago è allora ad 1-1 ½ cm. di profondità, s'inclini l'ago in sensi diversi; tale manovra provoca dolore nella gola e nell'orecchio, il dolore indica che s'è sul nervo, si pratica la iniezione con dolcezza.

L'anestesia che ne deriva è rapida e quasi sempre totale, e dura fino a qualche ora; la soluzione di cocaina è al centesimo; le iniezioni di novocaina 2-5 % con l'aggiunta di adrenalina fino alla dose di 1-2 cmc. possono, praticate per

tre o quattro giorni consecutivi, provocare anestesia durante 8-15 giorni.

8° L'iniezione di alcool a livello del laringeo superiore nel punto stesso indicato per l'iniezione cocainica dà vivo dolore alle prime gocce di liquido, poi il dolore cessa. L'alcool deve essere a 85°, riscalaato a 45° e si può iniettare alla dose di 1-2 cmc. La durata dell'anestesia con tale metodo è assai variabile, da qualche ora a 20-40 giorni. Il metodo è proclamato dai più come innocuo, ma Chalier e Bonnet citano tre casi di morte in seguito ad iniezioni di alcool.

9° La neurotomia del laringeo, è semplice atto operativo, sicuro e più preciso che non le iniezioni anestetiche, e ad esse deve essere preferito.

I punti di repere sono il bordo anteriore dello sterno-mastoideo indietro, il bordo inferiore dell'osso joide in alto, il bordo superiore della cartilagine tiroidea in basso. Si pratichi un'incisione ad eguale distanza dallo joide e dalla cartilagine tiroide lunga 4 cm., che cominci 1 cm. in avanti del bordo dello sterno-cleido e che termini ad un centimetro dalla linea mediana, e che interessi cute, sottocutaneo e pellicciaio. Sulla guida della sonda s'interessi l'aponevrosi cervicale dall'indentro al di fuori su tutta la lunghezza dell'incisione cutanea; i punti di repere per la ricerca del nervo sono il bordo posteriore del piccolo muscolo tiro-joideo e l'incavo laterale della cartilagine tiroidea. Il laringeo superiore si trova su d'un piano più profondo dei vasi laringei, a poca distanza del bordo posteriore del muscolo tiro-joideo, a metà altezza tra l'osso joide e la cartilagine tiroide. La sezione del nervo deve praticarsi nella branca orizzontale tra il suo sfioccamento terminale e l'origine del laringeo esterno. È necessario fare l'anestesia completa del nervo per evitare accidenti riflessi.

Tale metodo è certo il più radicale per porre un riparo alle sofferenze disfagiche nelle tubercolosi laringee.

t. p.

Cura della febbre nei tubercolosi.

Canforato acido di piramidone .	gm.	0.15
Criogenina	»	0.10
Caffeina	»	0.05

Per una pillola, quattro ore prima della prima *poussée* della giornata ed una seconda due ore prima della seconda *poussée* febbrile.

ovvero:

Fenacetina	cgm.	30
Caffeina	»	4
Salicilato di chinina	»	20

Per una pillola: da somministrarsi come la precedente. (Robin).

P. A.

PROFILASSI.

La campagna antimalarica in Sardegna nel 1911.

I benefizi avutisi dalla campagna antimalarica compiuta in Sardegna nel 1910 hanno indotto la Direzione Generale di Sanità a proseguirla nel 1911, intensificandola ed estendendola nelle due provincie dell'Isola. La campagna venne affidata ai proff. Lustig e Sclavo; ma il prof. Sclavo si trovò nell'impossibilità di parteciparvi, perchè impegnato in altra e più importante missione nelle Puglie: la lotta contro il colera.

Il sen. Lustig fu assistito dai medici provinciali, prof. Alivia per Sassari e dott. Mercatelli per Cagliari. - Egli nei loro uffici costituì i suoi quartieri generali.

Fu coadiuvato da molti medici volenterosi e da personale di fiducia.

L'ispezione della campagna venne da lui assegnata al prof. Pietro Rondoni, il quale visitava le singole stazioni, forniva consigli e istruzioni, s'informava dei risultati: in altri termini soprassedeva all'andamento tecnico.

Il piano generale venne tracciato secondo due direttive, come nell'anno precedente: *chininizzazione* dei malarici allo stato di cronicità, anche se lievi, specialmente a mezzo degli ambulatori antimalarici; rinvigorimento di tutti gli abitanti, così da renderli più refrattari all'infezione, migliorandone le *condizioni generali di vita*.

Quest'ultimo compito invadeva il dominio dell'economia pubblica.

Una parte notevole in questa campagna ha assunto l'*educazione igienica*.

Riportiamo alcuni brani della estesa e interessante relazione pubblicata per cura del sen. Lustig. — Sono relativi all'organizzazione della campagna ed ai risultati conseguiti (1).

***

« Abbiamo cercato di attivare e favorire iniziative dei comuni o dei privati, dirette allo scopo di migliorare l'alimentazione popolare, di diffondere le pratiche igieniche e di pulizia. ecc.; onde abbiamo incoraggiato a talora promosso direttamente l'impianto di cucine economiche, biblioteche circolanti, e via discorrendo. Ci siamo insomma attenuti agli stessi *criteri non esclusivisti, ma comprensivi, tenendo d'occhio non la sola malaria, ma tutto il complesso delle condizioni di ambiente che favoriscono e determinano la malaria*, colle sue caratteristiche speciali, col suo genio epidemico, le sue variazioni quantitative e qualitative. Mal si apporrebbe chi credesse in Sardegna di com-

(1) Firenze, Società Tipografica Fiorentina, 1912.

battere il paludismo col solo chinino, colle sole bonifiche del terreno, con mezzi dunque che potremmo dire specifici, quali tutti i trattati di Epidemiologia e di Igiene sanno ottimamente enumerare per la lotta antimalarica. Mentre la malaria in altre regioni d'Italia e sopratutto nelle regioni tropicali potrà anche essere malattia dell'*ambiente fisico* a prevalenza o malattia dell'ambiente *fisico* e *sociale insieme*, la malaria in Sardegna è malattia *a preferenza in rapporto coll'ambiente sociale, coi fattori demografici, colle condizioni economiche*, come meglio vedremo in seguito.

Come è stato già detto, il metodo e l'impianto della campagna antimalarica furono i medesimi dell'anno precedente: pernio fondamentale di tutto, l'istituzione degli *ambulatori antimalarici*, con annesso armadio ove fu possibile. Un medico o due o un medico ed un abile e svelto studente del secondo triennio della facoltà medica erano addetti a ciascuna stazione sanitaria con relativo ambulatorio. Il medico doveva essere un apostolo sanitario, per così dire, non un puro e semplice delegato antimalarico: doveva interessarsi di tutto quanto concerneva il benessere e la salute del paese o gruppo di paesi posti sotto le sue cure, tutto studiare con amore e riferire con esattezza quanto vedeva e faceva.

Le *stazioni sanitarie* così istituite furono 41, di cui 19 in provincia di Cagliari e 22 in provincia di Sassari. Si noti che noi cercammo di preferire per la istituzione di stazioni sanitarie quei Comuni o frazioni di Comune, *i quali mancavano* (talora da anni) *di medico condotto*; che ove era un medico condotto, istituimmo talora la stazione e l'ambulatorio, affidando il tutto al medico condotto stesso, eventualmente assegnandogli come assistente e vigile sanitario uno studente, che o risiedeva nello stesso paese del medico oppure in una frazione rurale, per comodità reciproca dei sanitari e dei pazienti. Ma vogliamo espressamente notare che mai una stazione sanitaria era affidata puramente ad uno studente, il che d'altronde sarebbe stata anche cosa contraria alla legge vigente, ma, ove erano studenti, questi erano sempre appoggiati, per così dire, ad un medico di stazione da noi inviato o, se condotto, da noi incaricato.

Questi studenti, intelligenti ed animati da zelo giovanile ed entusiasta, si sono dimostrati utilissimi collaboratori dei medici: infatti essi hanno potuto benissimo sbrigare una quantità di lavoro materiale o burocratico o di natura tecnica più semplice (iniezioni ipodermiche, fatte talora a varie diecine al giorno in certe stazioni; apprestamento di medicine, lavoro di propaganda, tenuta dei registri), lasciando al medico più tempo da dedicare allo studio dei malati importanti, alle cure mediche e chirurgiche più serie, alle inchieste sulle condizioni sociali, economiche, demografiche.

Non possiamo fare a meno a questo punto di rivolgere l'espressione della nostra gratitudine a tutti questi sanitari, medici e studenti, continentali e sardi, che hanno militato sotto la nostra bandiera, per combattere la guerra santa contro le malattie, la miseria e l'ignoranza. Questi sanitari tutti hanno dato prova di abnegazione e disinteresse non comune, vivendo per tanti mesi in poveri villaggi, privi bene spesso di ogni modesta comodità, tutti assorti nell'opera di rigenerazione della nobile terra sarda.

Come abbiamo già accennato, era intenzione della Direzione generale di Sanità Pubblica del Ministero dell'Interno di allargare le basi della campagna antimalarica, aumentando al possibile il numero delle stazioni ed estendendo la campagna stessa, l'anno scorso limitata alla provincia di Sassari, anche alla provincia di Cagliari, non meno bisognosa della prima.

Noi quindi, fedeli a questo principio della massima estensione ed intensificazione, poichè non potevamo, dati i mezzi a nostra disposizione, aumentare eccessivamente il numero delle stazioni sanitarie *ex novo*, pensammo di rivolgerci ai medici condotti, a questi umili, ma tanto benemeriti apostoli della salute e della civiltà, a tutti indistintamente nelle due provincie, invitandoli a volere anch'essi militare sotto le nostre insegne, a volere anch'essi seguire un piano di lotta uguale a quello dei sanitari da noi direttamente arruolati, e quindi rimetterci a campagna finita una Relazione del loro operato da fondersi colle altre e da servire di materiale per lo studio della epidemologia della malaria in Sardegna e per la ricerca dei mezzi più adatti a combatterla efficacemente. Così ogni condotta medica poteva essere una nuova stazione sanitaria; con un po' di buona volontà del Comune e di zelo del medico, poteva ogni paese avere il suo *ambulatorio antimalarico*; la lotta antimalarica, che indubbiamente i medici condotti fanno già da sè da anni, e spesso anche con intelligenza e con risultati ottimi, poteva avere un indirizzo unico dappertutto, e fornire dati importantissimi per l'avvenire. Sicchè noi, animati da tali concetti, inviammo a tutti i medici condotti una apposita circolare a stampa, ove le cose suddette erano spiegate, e ove noi li invitavamo a collaborare con noi e nell'indirizzo nostro per la lotta antimalarica. Però pochissimi sono stati i medici condotti che hanno risposto al nostro invito; di quei pochi, veramente lodevoli e benemeriti, riferiremo le Relazioni in succinto, al pari di quelle dei sanitari da noi direttamente incaricati.

Noi non ci dilungheremo ulteriormente su questo indirizzo generale della campagna. Questa si iniziò fra i primi di luglio ed i primi di agosto, vale a dire poco prima dell'epoca della recrudescenza massima della malaria, la quale nel più delle regioni sarde coincide col mese di settembre e colla fine di agosto. Durante il luglio, o, al più tardi, ai primi di agosto, tutti i medici raggiunsero le loro Stazioni, ed iniziarono l'indefesso lavoro, i cui scopi ideali si riassumono così: chinizzazione intensiva, propaganda igienica generale, cura del maggior numero possibile di malattie oltre la malaria, miglioramento nei limiti dei mezzi disponibili delle condizioni sociali ed economiche, elevamento morale ed intellettuale della popolazione. I particolari della lotta differiscono un po' da luogo a luogo, come doveva naturalmente accadere per le grandi differenze nella gravità ed estensione della malaria e delle altre malattie, nell'indole della popolazione, nel suo stato economico, a seconda delle varie regioni. Tali particolari risulteranno dalla lettura delle singole relazioni, da noi riassunte. Queste relazioni furono compilate dai direttori di stazioni secondo uno schema unico, che noi esponemmo in apposita circolare a tutti distribuita: vero questionario da riempirsi con una certa larghezza ma con grande concisione ».

* * *

« La campagna antimalarica dell'anno precedente si era chiusa formulando proposte e voti per l'attuazione di intraprendimenti igienici. Alcune di queste proposte, fra le quali le modifiche alle leggi e regolamenti vigenti per diminuire le cause della malaria, sono opera dello Stato, il quale non dubitiamo a tempo opportuno vorrà valersi delle constatazioni da noi fatte nel biennio, per perfezionare il meccanismo e renderlo più efficace ed adatto allo scopo.

Altre proposte consistono nei metodi di bonifica, la cui tecnica dovrebbe a nostro avviso venir modificata, dando la preferenza alla *bonifica dell'abitato e del suolo circostante*, più intensamente coltivato, in modo che la bonifica segua passo passo l'uomo, a misura che questo occupa e dissoda nuova terra.

Altri voti vennero in parte accolti, per quanto riguarda la facilitazione ai Comuni di provvedere buone acque potabili. Non pochi invero furono quelli che ottennero con sollecitudine i prestiti di favore per la costruzione di acquedotti.

È da rilevare inoltre che a favore dei più poveri enti comunali, si è ottenuto un sussidio cospicuo, nell'intento di provvedere acque del sottosuolo, per mezzo di pozzi trivellati (lire 15,000 in provincia di Sassari).

Per quanto ha tratto alla istruzione, a questo mezzo di propaganda indispensabile per la formazione di una coscienza igienica fra quelle popolazioni primitive, è doveroso riconoscere come le scuole rurali vadano sempre più estendendosi nella campagna, gli edifici scolastici si moltiplichino, ed una nuova corrente di idee favorevoli all'intento dell'educazione e della istruzione si vada determinando, fra le classi dirigenti.

Le biblioteche popolari, create lo scorso anno in varie località della provincia di Sassari colle oblazioni di numerosi benefattori, hanno iniziato la loro vita, in un ambiente propizio, e vanno con moto progressivo estendendosi nelle località più lontane dai centri. Si ebbero per esse lire 5500 di offerte in danaro ed oltre 3000 volumi furono messi in circolazione.

Lavori di grande bonifiche si sono iniziati nell'arginatura del Cedrino (Orosei) ed è imminente anche l'inizio delle bonifiche del Coghinas; bonifiche si vanno svolgendo nei dintorni di Oristano.

Lo Stato fu largo altresì di sussidi in chinino.

La comparsa dell'infezione colerica nel mese di agosto in territorio di S. Teodoro di Posada, e nel mese di ottobre in Terranova, nonchè negli stessi mesi in varie zone della provincia di Cagliari, questa città compresa, diede campo di constatare quanto utile fosse l'istituzione delle stazioni sanitarie antimalariche e nel tempo stesso anticoleriche.

Fu agevole infatti portare nel luogo d'azione in brevissimo spazio di tempo i medici, ed i mezzi necessari per limitare il nuovo flagello che minacciò l'isola per oltre 3 mesi. Di numerosi casi sospetti avvenuti in vari comuni si potè avere rapidamente l'esame bacteriologico e la necroscopia, quando queste furono ritenute necessarie.

Sicchè si può affermare senza orgoglio che la campagna antimalarica, oltre a portare le conseguenze dirette a vantaggio delle popolazioni prive di medici e di farmaci, viventi nei luoghi più miseri e più infesti dell'isola, servì di presidio contra il dilagare di una epidemia, per cui danni ebbero a subire molte altre provincie del Regno, anche più di queste Sarde ricche e prospere, ed ubicate in prossimità di centri di studio, o di grande attività agricola ed industriale ».

* * *

« Chiuderemo questa breve relazione esprimendo la ferma speranza che questa lotta vada nell'avvenire continuata e perfezionata sulla scorta delle osservazioni, le quali man mano si raccolgono da questo profondo studio di ambiente, tanto diverso da quello di altre plaghe dell'Italia.

Ricorderemo solo qui il fondamento e la direttiva che guidavano finora la nostra azione e che

si desumono dalla circolare a stampa inviata nei primi di luglio 1911 ai medici condotti delle provincie: prendere di mira essenzialmente l'organismo malarico, nell'attesa e nella fiducia che le opere di bonifica, non consentite dai nostri scarsi mezzi, non tardino soverchiamente ad essere ottenute, convinti che la distruzione delle zanzare, e la preservazione dalle loro punture, non sono facilmente attuabili, data la vastità della regione e la coscienza sanitaria ancora rudimentale di queste popolazioni.

Per ciò conseguire, almeno nei luoghi più funestati dall'infezione, più poveri, e privi di assistenza sanitaria, si dovettero impiantare delle stazioni, fornite di medici assistiti da vigili con cavalcature e farmaci, con incarico sopra tutto di fare la terapia chinica, di propugnare la profilassi nei pochi casi in cui di profilassi si può parlare, data l'enorme estensione dell'infezione, senza per questo trascurare la cura di quanto può occorrere nella pratica medica di campagna.

Nè il campo fu limitato al solo ufficio di medico, ma dovè il medico allearsi col maestro elementare, dove fu possibile, facendo propaganda per l'estendersi dell'istruzione, dovè altresì propugnare le pratiche igieniche di pulizia personale, e degli alloggi, far compiere piccoli lavori di bonifica, aiutare le Autorità locali e sospingerle all'impianto di cucine economiche, e biblioteche circolanti, costituendo così in ogni stazione sanitaria un centro di nobili e feconde energie, di progresso igienico e morale e di luce intellettuale per l'umile villaggio che l'alberga.

Ma per combattere più efficacemente la malaria in Sardegna occorre l'aiuto dei medici condotti, in modo che dall'opera loro disciplinata, uniformata e fusa in unico programma, possano ottenersi maggiori frutti, integrando l'opera frammentaria dei medici delle stazioni sanitarie. Occorre in una parola unire tutte le forze vive per ottenere un lavoro avente per intento la bonifica umana, e l'elemento morale ed intellettuale delle popolazioni, un programma insomma che abbia per fine la cura e prevenzione della malaria, e dei suoi tristi alleati, alcoolismo, tracoma, tubercolosi, ecc., un programma sociale ed economico tendente a redimere queste semplici e buone popolazioni dai mali numerosi che l'affliggono e favoriscono la malaria e tutte le malattie infettive ».

* * *

Confidiamo che possa essere espletato lo svolgimento del programma igienico-sociale così felicemente iniziato e già bene avviato.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(95). *Sulla cura dei tumori maligni.* — Il dott. R. Muccio di Modica dice che, avendo letto l'articolo sulla cura incruenta dei tumori maligni pubblicato nel *Policlinico*, s' induce a formulare alcune domande.

In rapporto alla tecnica radiologica, desidera conoscere come convenga limitare l'azione dei raggi Roentgen alla neoplasia; come debbano essere dosati i raggi da far agire, per qualità, durata e intensità; da quale autore italiano possano desumersi indicazioni precise.

Vorrebbe sapere, inoltre, dove possano trovarsi i prodotti Zeller.

La tecnica radiologica per la terapia dei tumori maligni è ancora alquanto mal definita; nonpertanto riteniamo che le seguenti indicazioni possano valere per una terapia corretta.

Conviene circoscrivere l'azione dei raggi X associando in vario modo i mezzi localizzatori dei quali disponiamo. Ad esempio per la cura dei cancroidi si usa una piccola copertura in lamina di piombo, nella quale viene praticata una finestra che ripete, ingrandendola, la forma della lesione; vi si portano i raggi per mezzo di un tubo da innesto in vetro piombifero. — Nella generalità dei casi non occorre una delimitazione così rigorosa.

Il dosaggio qualitativo è relativamente agevole poichè si ha quasi sempre lo scopo di attraversare in tutto il loro spessore delle neoformazioni infiltranti e diffusive anche allorchè sono superficiali. Quindi si ricorre ai raggi più penetranti che i tubi-foco possono offrire (compatibilmente con le difficoltà tecniche). Solo per lesioni esterne, per cancroidi già ulcerati ma poco infiltranti, rispondono bene anche i raggi molli.

In genere non basta di assicurare la presenza dei raggi duri ma conviene anche di selezionarli, sovratutto dovendo praticare delle cure intensive e volendo risparmiare gl'integumenti. La filtrazione viene compiuta per lo più attraverso l'alluminio. Si usano lamine d'alluminio più spesse (fino a 4 mm.) per tumori profondi; più sottili (fino a un decimo di mm.) per tumori superficiali; una lamina di 1 mm. risponde bene nella generalità dei casi.

Pel dosaggio quantitativo si può sopperire entro larghi limiti ad una scarsa intensità dei raggi mediante lunghe pose ovvero mediante pose molto avvicinate.

Conviene tener presente che i nostri indicatori quantimetrici lavorano bene solo con raggi di durezza media. I raggi duri li attraversano in parte senza virarli: ciò porta a somministrare dosi più alte di quelle indicate.

Ma in pratica questo comportamento ha poca importanza poichè i raggi duri attraversano anche i tessuti senza essere interamente assorbiti.

Si è tentato, anzi, di ovviare a questa deficiente utilizzazione dei raggi duri da parte dei tessuti neoplasici mercè iniezioni endoneoplasiche di sostanze (bromuro di stronzio, collargolo) atte a trasformare i raggi incidenti in raggi secondari più molli. Lo stesso scopo avrebbero le iniezioni endovenose di presunte sostanze oncotrope, come il rame colloidale. Anche il ferro contenuto nel sangue che compenetra il tumore manifesterebbe lo stesso comportamento; da ciò, secondo R. Knox, l'utilità delle cure ferruginose o dei mezzi iperemizzanti locali nella roentgenterapia dei tumori maligni.

La quantità dei raggi da somministrare nei singoli casi dipende in gran parte dalla natura del tumore.

Quando si tratta di tumori molto sensibili ai raggi X, come i sarcomi tondo- e fuso-cellulari, possono bastare dosi frazionate, di gran lunga inferiori a quelle normali.

In tutti gli altri casi invece si preferisce di somministrare dosi alte, sicuramente distruttive.

In genere si applica una dose normale (in una o in poche sedute seriali) a intervalli di 3-4 settimane. Molti radiologi però usano le « grandi » dosi normali, sensibilmente più elevate. Ad esempio Finzi misura sotto il filtro 1 1/3 D. N., ogni 2 settimane.

I raggi non filtrati consentono dosi ancora più elevate, le quali naturalmente vengono in gran parte assorbite dagli strati superficiali: ad esempio Bordier per la cura dei cancroidi ricorre alla dose segnata dal grado 4 della sua scala (secondo Bordier esso equivale a 15-20 unità I; secondo Kienböck a 28 unità H, ossia è quasi il sestuplo di una dose normale: ND = 10 x = 5 H = 3 Kalom = 7.5 I incirca), usando raggi molto duri (7-9 al Benoist: congiungere la copertura con la terra). Una buona installazione riduce la seduta a una dozzina di minuti.

Queste fortissime dosi distruggono i tegumenti, per quanto si possa tentare di « desensibilizzarli ». — Perciò vi si ricorre solo: 1° se i tegumenti sono ulcerati o mortificati o se non importa di rispettarli; 2° se il tumore è stato messo allo scoperto mercè un intervento chirurgico; 3° dopo l'exeresi, per la profilassi delle recidive (ricordarsi di drenare!).

Un mezzo eccellente per praticare le cure intensive a cute integra è il fuoco crociato. Ad esempio i cancri del seno e i fibromi uterini possono venire irradiati in molte direzioni, da più « porte ».

Un limite all'uso delle cure intensive è dato dalle dimensioni del tumore. Se questo è molto voluminoso, può derivarne auto-intossicazione letale da copioso riassorbimento dei tessuti neoplasici distrutti. Perciò trattandosi di tumori molto sensibili, come i sarcomi encefaloidi, si comincia spesso con dosi minime, p. es. 1 x.

Nel corso del trattamento le sedute vengono spaziate o avvicinate secondo i miglioramenti, la reattività del soggetto, ecc.

L'irradiazione va ripetuta più volte anche dopo che la malattia sembra scomparsa.

Importa sempre di estendere l'azione dei raggi X alle regioni dove possono essersi prodotte le metastasi. Ad esempio, nel cancro del seno vanno irradiate le ascelle, il mediastino e la regione sopraclavicolare, anche se non vi si scoprono metastasi; i sarcomi comportano l'irradiazione dei polmoni, poichè questi vengono spesso colpiti secondariamente; ecc.

Facili artifizi consentono di rendere più accessibili alcuni tumori interni: ad esempio l'uso degli specoli e dei tubi per endoradioterapia.

Per addestrarsi nella tecnica e apprenderne tutte le risorse importerebbe di seguire un corso di perfezionamento.

Di libri in italiano conosciamo la « Radioterapia » di Kienböck e « I raggi X » di Schincaglia. — È annunziato un Bollettino della Società Italiana di Radiologia medica.

Può avere il cinnabarsana e il nacasilicium rivolgendosi a C. H. Burk, Stuttgart, Garsburgstrasse 27-29 (è autorizzato dallo Zeller). Può anche farli allestire dal farmacista in base alle indicazioni fornite a pag. 283 e 492. Lo Zeller gradisce che gli siano fatti conoscere i risultati (Dr. Anton Zeller, Weilhelm a. d. Teck. Württemberg).

Ci consenta d'insistere anche sull'efficacia delle cure locali con sostanze radioattive, delle iniezioni endovenose di emanazioni, del 606 (nei sarcomi) e della terapia generale.

Non occorre aggiungere che, purtroppo, non possiamo aspettarci facilmente risultati straordinari durevoli. In oncoterapia si richiede ancora molta fede...

L. V.

(96). L'abbonato n. 84 desidera sapere a chi bisogna rivolgersi per avere l'annata 1909 del giornale *Lucina* e dove si stampa.

L'indicazione del numero d'abbonamento non è esatta pel motivo che il n. 84 è soppresso da qualche anno. In ogni modo si rivolga all'Amministrazione del *Lucina* a Bologna, R. Clinica ostetrico-ginecologica (*Prof. Calderini*), Ospedale di S. Orsola.

L. P.

VARIA

I sali di radium. — Sono venuti a far parte della cura usuale contro diverse malattie della pelle, del sangue, contro i tumori benigni e maligni, ecc.

Ma l'altissimo costo dei preparati di *radium* (un grammo di *radium* costa ancor oggi un patrimonio) ha impedito finora che questo importante ramo della terapia più recente trovi la frequenza di applicazioni desiderabile.

Gli Istituti per la cura col *radium* sono ancora piuttosto rari, e vi sono ancor oggi delle città assai popolose dove non è possibile far uso dei preparati di esso senza ricorrere a prestiti presso Istituti scientifici posti in altre città. Vienna si trova per questo riguardo in una posizione privilegiata, di gran lunga superiore a quella di ogni altro centro di popolazione del mondo, perchè le miniere di minerale radifero più ricco si trovano a Joachimsthal, in Boemia, sicchè la dotazione per l'Istituto per le cure col *radium*, che è stato fondato nella capitale austriaca, s'è potuta costituire con una relativa facilità in una misura che può dirsi grandiosa, sebbene si tratti di un materiale, la cui unità di misura è il milligrammo.

I due altri maggiori Istituti consimili, quello di Berlino e quello di Londra, sono già assai meno ricchi di quello di Vienna. Negli altri paesi Ospedali e Cliniche sono ridotti a valersi di qualche campione, nei quali la sostanza attiva è rappresentata più o meno parsimoniosamente.

Abbiamo già dato notizia di un atto munifico della Cassa di Risparmio di Milano a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano. Nessuno degli Istituti milanesi ospitalieri e scientifici ha finora posseduto delle quantità di sali di *radium* meritevoli di menzione dal punto di vista pratico. Allorchè insorgeva il bisogno di adoperare il *radium* era forza rivolgersi per averlo in grazioso prestito da qualche sanitario, che ne possedeva quantità notevoli.

Dato l'interesse sempre crescente, che la scienza medica attribuisce a tali preparati, si comprende come un simile stato di cose sia sembrato a un certo punto insostenibile: è dunque ad una giusta visione di un'esigenza reale, scientifica e pratica, che risponde la recente munificenza della Cassa di Risparmio a favore del maggiore Istituto sanitario milanese.

Il prezzo del Radium. — I laboratori si sono moltiplicati nei luoghi ove vengono trattate le « pechblende » che sono, come è noto, il principale minerale donde si estrae il radium metallico.

Prendendo la radioattività dell'uranio come unità, si può ottenere, sospendendo l'operazione ad uno stadio determinato, tutta una gamma di prodotti di attività differenti: quella dei residui di « pechblenda » oscilla da 4 a 5; il trattamento grossolano la fa salire a 60; il grosso frazionamento la porta a 1,000 ed al laboratorio si giunge ad ottenere dei prodotti con una attività di un milione.

Per trattare una tonnellata di « pechblenda » da cui è stato estratto l'uranio, occorrono 5 tonnellate di prodotti chimici diversi e 50 tonnellate di acqua. Questi residui contengono dei solfati di quasi tutti i metalli, compreso il radium, ed il trattamento è appunto basato sulla solubilità minima del solfato di radium.

Tutte queste operazioni sono fatte all'opificio: con un metodo analogo il trattamento viene continuato al laboratorio, sino ad ottenere un bromuro di radium, in cui il bario non figura più che allo stato di tracce. Una tonnellata di residuo — che proviene dal trattamento di 3 tonnellate di « pechblenda » con 6 tonnellate di prodotti chimiei e 50 fonnellate di acqua di lavaggio — dà finalmente da 1 a 2 decigrammi di bromuro, la cui attività è di 1,000,000.

Il bromuro di radium costa 40,000 franchi il grammo, e per quello che riguarda il prezzo del radium metallico, esso varia a seconda del grado di attività: così 1 grammo di radium dell'attività di 10,000, costa 2,500 franchi; di 20,000, costa 5,000 franchi; di 50,000, 10,000 franchi, di 100,000, 20,000 franchi; di 500,000, 100,000 franchi.

(*Rivista d'Idrologia*, ecc.).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

S. SANTORI. **L'igiene e la vita.** 2 vol. in-16 di pag. XIV-344 e X-344, con incis. Roma, Bontempelli e Invernizzi, editori, 1912. L. 6.

La fama che l'A. si è creata come educatore trova piena conferma in questo lavoro, il quale è frutto di una larga esperienza acquistata quale docente d'igiene pedagogica all'Università di Roma.

In questa nuova edizione esso è notevolmente ampliato ed arricchito; fa una parte molto più larga all'igiene individuale e collettiva.

Il lavoro è stato elaborato con grande diligenza e riflessione, in un linguaggio ponderato e sobrio, se non spigliato sempre chiarissimo. Pure mantenendosi elementare, l'A. rivela delle conoscenze vaste, profonde, precise.

Le malattie infettive e le disinfezioni, l'alloggio e la scuola, l'acqua potabile, il riscaldamento, l'illuminazione, il vestiario, gli esercizi fisici, l'alimentazione, la struttura e le funzioni del corpo

umano, sono questioni svolte con mano sicura, con grande lusso di particolari, con precisione assoluta.

Filo d'oro della trattazione è l'esaltazione della nettezza. Tra le vedute personali segnaliamo un piano di lotta pratico contro la tubercolosi.

Il lavoro del Santori possiede un meraviglioso valore educativo. Se ne raccomanda la lettura a tutti i medici che vogliono istruire il popolo su questioni d'igiene.

Di rado, tra i tanti lavori di volgarizzazione, se ne trovano di quelli che adempiano così bene al loro compito.

Molto curata è la parte tipografica. y.

GARNIER, NOBÉCOURT, NOC, LEREBOULLET. **Thérapeutique des Maladies infectieuses.** Paris, J.-B. Baillière e Fils. Fr. 12.

Fa parte il volume della biblioteca di terapia (gli *agenti terapeutici* — i *medicamenti* — le *cure*) che sotto la direzione di Gilbert e Carnot con la collaborazione di migliori AA. francesi pubblica la Casa Baillière.

Quantunque le nostre conoscenze di terapia risentano ancora il disagio dell'empirismo e della confusione del passato, viene a proposito il libro compilato con moderni criteri a portare in compendio demolizioni e nuove affermazioni.

Le malattie infettive troppo spesso costituiscono la palestra del giovane medico, e spesso lo scoraggiamento invade l'animo, per l'impotenza o l'inutilità dei mezzi vantati: nel libro del Garnier Nobecourt, etc. il medico avrà campo di persuedersi che se il più delle volte siamo senza risorse specifiche causali, spesso possiamo fare gran bene al malato col prevenire, collo stimolo alle difese naturali contro le infezioni. *t. p.*

S. von PROWAZEK. **Handbuch der Pathogenen Protozoen.** Vol. 1°, parti 3ª e 4ª; in-8 gr., pagine 249-515. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth., 1912. Prezzo: M. 6 e 9. (Prezzo del primo volume M. 28.60, rilegato M. 30; rilegatura M. 1).

Abbiamo già presentato la 1ª e la 2ª parte di questa magnifica pubblicazione.

La 3ª parte comprende una estesa monografia sui tripanosomi patogeni, redatta da M. Mayer. Poi O. Schröder tratta dei cnidosporidi (myxo- e micro-); E. Teichmann dei sarcosporidi.

La 4ª parte è per la massima parte occupata da uno studio di P. Mühlens sul Treponema pallidium, certamente il più completo di quanti ne siano apparsi. Lo stesso autore si occupa del Treponema pertenue; C. Schellach fa uno studio accuratissimo delle gregarine.

Le quattro parti formano insieme il primo volume.

Questo lavoro è indispensabile per quanti coltivano il difficile campo della protozoologia, ma si raccomanda a tutti gli studiosi.

È copiosamente ed artisticamente illustrato da tavole e da figure nel testo.

A. TOURAINE. **Les anticorps syphilitiques. Essais de séro-agglutination de la siphilis.** Paris, G. Steinheil, 1912.

È un lavoro sistematico, ordinato, minuzioso sulla questione della siero agglutinazione del treponema pallido della sifilide. Già il problema si era affacciato a vari ricercatori, e frammenti o incompleti accenni si possono leggere nei lavori di qualche autore; il Touraine sotto la guida del Jeanselme affronta di proposito il problema, studia la tecnica della reazione, la confronta nei sifilitici, nei normali, nelle affezioni similari, nei sifilitici nei vari periodi, e sotto l'influenza della cura.

Le figure che l'A. riporta della agglutinazione microscopica del treponema sono assai dimostrative; ma i fatti crediamo abbiano ancora bisogno di essere controllati: la forma stellare della vera agglutinazione è certo un fenomeno elegante e dimostrativo, in confronto con gli ammassi irregolari di falsa agglutinazione. Naturalmente, così come è, la reazione, se i controlli successivi confermeranno il valore che l'A. ad essa conferisce, resterà per ora presidio delle cliniche e degli ambulatori ben forniti, poichè è necessario possedere per praticarla l'ultramicroscopio, un soggetto sifilitico con manifestazioni ricche in treponemi, nna tecnica ed un'esperienza convenienti per la interpretazione.

Crediamo però che tali ostacoli nulla tolgano alle ricerche, le quali rivelano ed aggiungono ai noti un fenomeno biologico importantissimo; la pratica nell'avvenire saprà trovare mezzi più atti a rendere la siero agglutinazione di uso corrente. *t. p.*

C. OPPENHEIMER. **Chemische Methodik für Aerzte.** Leipzig, G. Thieme, 1912. Mk. 2,40.

Compendio di metodica chimica, in cui dopo una precisa esposizione di tecnica generale, si tratta di tutte le analisi, che esattamente e con mano sicura devono dal medico esser eseguite ad ausilio della clinica: larga parte è data alle analisi delle urine, quindi al contenuto gastrico, all'esame delle feci, del sangue, dei secreti transudati, essudati, ecc. Per la precisione e la modernità dei metodi, il volumetto sarà molto utile a medici e studenti. *t. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La tariffa degli onorari per le perizie giudiziarie.

« Vi sono nella nostra vita professionale delle questioni che sembrano il problema della quadratura del circolo, tanto pare lontano il giorno in cui saranno risolute... » (1).

Sono quattordici anni che io scrivevo queste parole nel *Policlinico* a proposito della riforma della tariffa giudiziaria del 23 dicembre 1865, e dopo quattordici anni io sono costretto a ripeterle tali e quali, perchè il circolo è sempre senza quadratura. I periti giudiziari continuano ad esser ricompensati in base a tariffe che (come era detto nel 1896 in una relazione presentata sull'argomento alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma) « fanno vergogna agli stessi magistrati, che nell'applicarle quasi ne chiedono scusa ai periti ». E tutte le agitazioni delle diverse classi di professionisti non hanno sortito fino ad oggi altro effetto che quello di far dire molti complimenti dai diversi ministri guardasigilli alle loro commissioni, insieme ad un numero non minore di buone promesse, cui costantemente non è seguìto fatto alcuno. Le classi professionali non si sono mai stancate di far sentire la loro voce finora senza eco, e oggi (com'è narrato nella cronaca professionale di questo stesso numero) esse novellamente si apparecchiano a mandare delle commissioni al guardasigilli *pro tempore*. Con quale speranza di riuscita?

Io credo che il momento sia bene indicato per ottenere la riforma della tariffa del 1865.

Si è pubblicato appena da pochi giorni il nuovo Codice di procedura penale, desiderato ed aspettato da molti anni dai cultori del diritto. Sono note (e ne abbiamo parlato più volte nel nostro giornale) le riforme apportate dal nuovo Codice all'istituto della perizia giudiziaria. Esse solo in parte soddisfano antichi voti della classe medica italiana, in parte lasciano insoluti alcuni dei problemi legati a detto istituto, in parte lasciano immutati alcuni, e non dei meno gravi, inconvenienti che, per quanto riguarda la medicina forense, hanno fatto dubitare della efficacia dell'aiuto che questa può dare alla giustizia umana. Un lato però delle riforme, appare evidente, ed è lo studio posto dal legislatore per elevare la importanza della perizia e per disciplinarne il funzionamento. Pur riservando il giudizio sul risultato pratico delle riforme, non può negarsi che, conforme all'intenzione del legislatore, la figura del perito è nobilitata dal nuovo Codice di procedura penale.

Ma questo perito che si vuole più competente e di un ordine professionale più elevato, dovrà ancora essere ricompensato con le povere vacazioni di tre lire, dovrà viaggiare in terza classe, riscuotere poco più di venti soldi di indennità giornaliera di viaggio? Dovrà egli insistere nel sistema non decoroso di aggiungere qualche lira alla nota delle spese per rientrare almeno nel suo? Dovrà domandare qualche giorno di tempo, per avere qualche vacazione di più, con la scusa di distendere una relazione sopra una constatazione banale che è evidente dalle semplici constatazioni del verbale di una necroscopia?

Io scrivo in un giornale di medici, e non ho proprio bisogno di moltiplicare questi interrogativi, messi in fila come figure retoriche, perchè la loro risposta non è dubbia.

Fra le questioni che interessano la nostra vita professionale, se ve n'è una su cui il parere dei medici italiani sia concorde, è proprio questa, e per una classe di cui si può veramente dire *tot capita tot sententiae*, il fenomeno è straordinario.

Facoltà mediche, Congressi professionali, Società scientifiche, Ordini, tutti in questo ventennio sono stati unanimi nel deplorare che le funzioni di perito giudiziario, così gelose e spesso così ardue, fossero ricompensate in modo da far quasi sospettare che il magistrato le tenesse in dispregio; oggi che il legislatore ha dimostrato invece con il nuovo Codice di procedura penale di essere consapevole della grande importanza della prova peritale nei giudizi, tanto da averne voluto salvaguardare in modo sicuro la dignità, egli non può negarsi ad elevarne anche il corrispettivo economico; questo non può rimanere ad un livello che era già tanto inadeguato quando fu creata la tariffa giudiziaria, cioè quasi mezzo secolo fa, in

(1) *La tariffa per le perizie medico-legali.* Supplemento al Policlinico, 1899, pag. 219.

un'epoca nella quale il costo della vita e il tasso delle mercedi erano tanto diversi da quelli dell'attuale. Se ciò non fosse, e se le classi dei professionisti che son più sovente chiamati a funzionare da periti dovessero attendere, ancora chi sa quanto, una riforma ormai così matura, bisognerebbe proprio dire che l'equità non è di questo mondo, e che le promesse dei guardasigilli sono scritte sulla sabbia del deserto e le disperde il *ghibli*.

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici di Roma. — Il giorno 17 aprile, alle ore 11, S. M. il Re ha ricevuto al Quirinale in udienza privata una rappresentanza del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma, composta dei dottori Enrico Ballerini, Alfredo Garofalo e Ugo Mariotti, che ha voluto portare al capo dello Stato l'omaggio della classe medica romana costituita in Ordine con la legge del 1910. S. M. ha accolto con la sua consueta benevolenza e con molta affabilità la rappresentanza e con essa si è intrattenuto a discorrere delle condizioni della classe medica di Roma e di diverse importanti questioni igieniche e sanitarie. S. M. accondiscese ad una preghiera della rappresentanza, promettendo il gradito dono di un suo ritratto per la sede dell'Ordine dei Medici.

Il presidente dell'Ordine dott. Ballerini ha avuto il giorno 18 un colloquio col R. Commissario straordinario per gli Ospedali di Roma commendator Gajeri in merito alla tassa di 20 lire richieste per l'ammissione ad un concorso per medici assistenti negli Ospedali. Il R. Commissario spiegò che non esiste nel bilancio degli ospedali un fondo per gli esami, e che perciò egli fu costretto ad escogitare la tassa di ammissione per far fronte alle spese che per la quantità dei concorrenti si prevedevano non lievi; si disse disposto a dispensare dalla tassa quei concorrenti che non potessero pagarla. Il R. Commissario si dimostrò favorevole in massima alla domanda del presidente dell'Ordine perchè nei futuri concorsi i candidati debbano dimostrare di essere inscritti nell'Albo dell'Ordine, cioè abilitati all'esercizio professionale.

Il Consiglio dell'Ordine, venuto a conoscenza di un procedimento penale che si svolgeva presso una Pretura della provincia a carico di un medico condotto sotto l'imputazione di rifiuto d'obbedienza all'autorità di P. S., per essersi rifiutato di eseguire una perizia cadaverica su richiesta di un maresciallo dei carabinieri, prima dell'intervento dell'autorità giudiziaria competente, dimostrò con una lettera e un telegramma tutta la sua solidarietà verso il collega, che fu, com'era giustizia, assolto per inesistenza di reato.

L'Ordine dei Medici di Roma ha trasferito i suoi uffici in una sede molto decorosa al palazzo Roccagiovine al Foro Traiano.

L'Associazione dei medici-chirurgi liberi esercenti di Roma e provincia ha eletto a presidente dell'Associazione il prof. Montesano e a consiglieri i dottori Alessandrini Giuseppe e Calò Alfredo, in sostituzione del presidente dott. Ballerini e del consigliere dott. Arcangeli, dimissionari per l'avvenuta loro elezione al Consiglio dell'Ordine e di un terzo consigliere pure dimissionario.

Ha poi proceduto alle elezioni del presidente e del segretario delle assemblee; furono eletti il dottore Polacco Arturo, presidente, il dott. Giordani Luigi, segretario.

Per le perizie giudiziarie. — La Federazione degli Ordini dei Medici e la Federazione delle Associazioni degli Ingegneri e degli Architetti italiani hanno stabilito di iniziare un'azione comune per ottenere la riforma dell'istituto peritale, specialmente per quanto riguarda la scelta dei periti e la riforma della tariffa degli onorari. Fu tenuta il 20 aprile una riunione fra i delegati dei medici prof. Guzzoni degli Ancarani e dott. Garofalo e i delegati degli ingegneri ed architetti ing. Lanino e Agnello.

Fu stabilito di compilare al più presto un memoriale unico da sottoporre all'esame dell'onorevole Guardasigilli e dell'on. Ministro del Tesoro, e di incaricare due eminenti parlamentari, appartenenti alle due classi di professionisti, di interrogare il Governo alla Camera per conoscere il suo pensiero intorno all'esaudimento di voti fatti già da tanti anni. Le suddette Federazioni hanno in animo di associarsi nella loro azione anche altre classi di professionisti, più spesso chiamati a funzioni peritali, e specialmente quella dei chimici.

Il prof. G. Mingazzini ha diretto all'Associazione dei medici-chirurgi liberi esercenti di Roma una lettera in cui denunzia vari inconvenienti nell'assegnazione da parte del Tribunale delle perizie riguardanti i rami speciali della medicina: l'arbitrarietà nella scelta dei periti, la parzialità nella concessione delle perizie, la frequente designazione di professionisti di dubbia competenza, ecc.

L'Associazione ha deliberato la nomina di una commissione per lo studio del complesso problema dell'esercizio della specialità e della medicina legale.

Condotte e Concorsi.

* BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte; L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

*BERGAMASCO (*Alessandria*). — Condotta: L. 900 e L. 100 quale uff. sanit. Ab. 2259 con 67 famiglie povere. Scad. 1 maggio.

BROGLIANO (*Vicenza*). — Condotta piena; L. 4800 lorde compresovi compenso uff. san. e L. 700 obbligo cavallo. Abit 1993. Scad. 10 maggio.

BUDDUSÒ (*Sassari*). — Seconda condotta pei poveri; L. 2000 nette R. M. Scad. 15 maggio.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto. Vedi fasc. 15.

CAMPAGNANO (*Roma*). — Condotta piena per Cesano; L. 2600 lorde ed alloggio; L. 100 per arm. farm. Scad. 7 maggio.

CAROSINO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e L. 200 se uff. sanit. Non più di 40 s. e. r. Scad. 17 maggio.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Due condotte piene; L. 3000 lorde, L. 700 per obbl. cav. e L. 0.50 per visita oltre 1 km. dalla residenza. Proroga a tutto il 17 maggio.

CENTO (*Ferrara*). *Congregazione di Carità*. — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 30 aprile.

CIVITELLA DI ROMAGNA (*Forlì*). — 1ª e 2ª condotta con residenza nel capoluogo; L. 3300 lorde ciascuna. Tre sessenni. Indennità cavalcatura L. 700. Scad. 30 aprile.

CRESPINO (*Rovigo*). — Condotta piena 2° reparto; L. 1800 e L. 200 quale uff. san.; servizio dell'ospizio comunale e ambulatorio a trimestri alterni con l'altro sanitario. Scad. 4 maggio. Servizio entro 10 giorni.

ESTERZILI (*Cagliari*). — Condotta per la generalità; L. 3000. Scad. 30 aprile.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Aiuto per il turno otorinolaringoiatrico; nomina biennale, conferma biennale. Si richiede biennio di servizio effettivo in ospedali o cliniche. L. 1800 con ritenuta di R. M. Scad. ore 17 del 20 maggio.

FOMBIO (*Milano*). — L. 4000 nette, cura piena, tre sessenni, L. 200 alloggio, senza obbligo cavallo, in pianura, ab. 2130, capitolato modello. Scade 15 maggio.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde, tre sessenni. Scad. 20 mag.

* GRADOLI (*Roma*). — Condotta; L. 2650 pei poveri, L. 1350 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde. Scad. 35 giorni dal 29 marzo.

MONTEDINOVE (*Ascoli Piceno*). — Condotta piena; L. 3250, esonero cavalc. Scad. 10 maggio.

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Seconda condotta residenziale; L. 2300 e 3 sessenni, L. 400 per cavalc. e 150 per supplenza.

NAPOLI. *R. Università*. — Concorso per esame al posto di assistente della clin. ostetrica (legato Tarsitani, L. 600 annue per un biennio, salvo altra conferma biennale). Rivolgersi al Rettore. Scad. 15 maggio.

OZZANO EMILIA (*Bologna*). — L. 2500 pei poveri, alloggio, L. 800 cavallo, seconda condotta. Scade 7 maggio.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

* PIAZZA BREMBANA (*Bergamo*). — Condotta consorziale piena e uff. sanit.; L. 4000. Scad. 10 maggio.

PISOGNE (*Brescia*). — Condotta piena del 1° reparto; L. 4200 aument. Scad. 6 maggio.

POZZIOMAGGIORE (*Sassari*). — Condotta medica per i poveri (250 famiglie circa). Esami. L. 2000. Scad. 30 aprile.

PRALUNGO (*Novara*). — Condotta e uff. san.; L. 1200 per 18 poveri circa e L. 100 quale uff. san. Scad. 15 maggio.

* REGGELLO (*Firenze*). — 3ª e 4ª condotta piena; L. 3000 lorde ciasc. e 3 sessenni, oltre L. 500 per obblig. cavalc. Scad. 10 maggio.

REGGIO NELL'EMILIA. *Municipio*. — Direttore del Laboratorio Municipale di Batteriologia; L. 3600 lorde e quattro quinquenni. Nomina biennale. Scad. 20 maggio.

ROBBIATE BRIANZA (*Como*). — Condotta con Verderio Superiore; L. 3150, L. 100 quale uff. sanit. e L. 50 per bicicletta; residenza in Verderio. Scad. 15 maggio.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Esami d'idoneità per autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Avranno luogo a Roma, nel mese di luglio, nei giorni, nelle località e nelle ore che saranno stabilite con successivo provvedimento e che verranno individualmente comunicate a ciascuno degli ammessi agli esami. Rivolgersi alla Direzione Generale della Sanità pubblica. Scad. 31 maggio.

SANT'ANASTASIA (*Napoli*). — 3 condotte; L. 1200 lorde ciasc. Scad. 30 aprile.

SANT'ANGELO LOMELLINA (*Pavia*). — Condotta comunale; all'otto maggio; cura piena; stipendio L. 3250 lorde, più L. 100 quale uff. san., tre sessenni, alloggio. Ab. 1400.

* SAN VERO MILIS (*Cagliari*). — Condotta per la generalità del consorzio con Zeddiani; L. 4000 nette. Scad. 6 maggio.

SAPONARA DI GRUMENTO (*Potenza*). — Condotta; L. 1400 pei poveri, L. 1050 per gli abbienti, L. 100 quale uff. san., lorde di R. M. Età limite 50 anni s. eccez. regol. Scad. 10 maggio.

SEREN (*Belluno*). — Condotta libera o residenziale ed uff. sanit.; L. 3950 lorde aument. con obblig. cavalc., cura per 2000 poveri, per ogni 100 in più L. 75; abit. 5626. Scad. 10 maggio.

* SERRUNGARINA (*Pesaro Urbino*). — Condotta piena; L. 3200 lorde aument., L. 100 quale uff. sanit., L. 700 per cavalc., L. 200 per arm. farm. e L. 50 per assicurazione; alloggio. Ab. 2551. Scad. 15 maggio.

TEGLIO (*Sondrio*). — Condotta piena 3° riparto; L. 4000 nette. Scad. 10 maggio.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Concorso per assistente interno per la sezione Pediatria chirurgica. Rivolgersi alla Presidenza, via Cibrario, 72. Scad. 30 aprile.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza.* — Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

UDINE. *Deputazione provinciale.* — Medico di riparto del manicomio; L. 2000; alloggio, vitto, ecc. o indennità di L. 600; aumentabili per sessenni o per passaggio di classe fino a L. 2530. Scad. 15 maggio.

* VALLECORSA (*Roma*). — Condotta per la generalità; L. 3000 lorde, L. 100 quale uff. sanit., oltre miglioramento in corso d'approvazione. Abit. 4164. Scad. 10 maggio.

VERONA. *Ospedale civile.* — Concorso ai seguenti due posti di medico-assistente: *a)* di I Categoria con l'annuo stipendio lordo di L. 1400; *b)* di II Categoria con l'annuo stipendio lordo di L. 1200. Entrambi con una indennità di L. 3, oltre il vitto, per ogni servizio di guardia. Rivolgersi al Consiglio ospitaliero.

VERONA. — Condotta 5° circondario interno; L. 3000, quattro quinquenni; biennio di servizio ospitaliero o di condotte. Scade 3 maggio.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazion Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Inveteto (Pisa), Reggello [per Viaggio] (Firenze), Canneto Pavese (Pavia), Latera (Roma), Cavaglio d'Agogna e Pella, Artò, Boleto (Novara), Capizzone - Strozzo - Bedulita - Roncola (Bergamo), Camposanto - Finale Emilia [per Cadicoppi] (Modena).

Revoca di diffide: Semestene (Sassari), Cureggio (Novara), Pomaja e Santa Luce (Pisa).

La sezione di Macerata dell'A. N. M. C. boicotta a favore del medico licenziato la condotta di Sarnano e riconferma la diffida di Mogliano.

Il fascicolo di aprile 1913 *della* ***nostra*** **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Giovanni Perez** - Sulle cosidette cisti ossee.

II. **Dott. Amatore Austoni** - Sulla compressione artificiale dell'ipofisi.

III. **Dott. Valentino Barnabò** - Ulteriori ricerche sperimentali sulla secrezione interna testicolare.

NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE.

Le onorificenze ai medici militari per la guerra di Libia (1).

R. ESERCITO.

Medaglie di bronzo al valor militare.

Compagnie di Sanità; Ospedali da campo, ecc.: Marrocco Achille da Lagonegro (Potenza), maggiore medico; Lionti Girolamo da Palermo, capitano medico; Delogu Gino da Conselve (Padova), capitano medico; Zuccari Federico da Isola del Liri (Caserta), id.; Nacciarone Amleto da Napoli, id.; Ghidoli Enrico da Firenze, id.; Di Lallo Carmine da Sant'Angelo del Pesco (Campobasso), id. (*due medaglie*); D'Elia Antonio da Visciano (Caserta), id.; Sireci Giuseppe da Alia (Palermo), id.; Sebastianelli Giuseppe da Castelnuovo della Daunia (Foggia), id.; Satta-Puletto Salvatore da Sassari, id.; Bifani Mario da Torraca (Salerno), tenente medico; Savini Gualtiero da Pontremoli (Massa Carrara), id.; Ara Achille da Casale Monferrato (Alessandria), id. (*due medaglie*); Greco Domenico da Lecce, id.; Miadonna Antonio da Craco (Potenza), id.; Vannocci Quintilio da Montecatini di Val di Cecina (Pisa), id.; Fera Giuseppe da Pleti (Reggio Calabria), sottotenente medico di complemento; Balestrazzi Luigi da Bari, id.; Corsi Alfredo da Casacalenda (Campobasso), id.

Aviatori: Falchi Luigino, da Montopoli in Valdarno (Firenze), capitano medico.

Croce Rossa Italiana: Evangelisti Enrico da Bentivoglio (Bologna), medico capo; Campagnani Oscar da Milano, medico assistente di 1ª classe; Scoccianti Torquato da Apiro (Macerata), id.; Benaglia Carlo da Roma, id.; Sensi Gastone da Firenze, id.; Bartolomei Alessandro da Anghiari (Arezzo), medico assistente di 2ª classe.

Encomio solenne.

1° *regg. granatieri*: Lopresti Antonio da Palmi (Reggio Calabria), tenente medico.

6° *regg. fanteria*: Giardi Galileo da Siena, tenente medico; Castelli Epifanio da Mazzara del Vallo (Trapani), id. id.; Grillo Girolamo da Recalmuto (Girgenti), id. id.

7° *regg. fanteria*: Resegotti Enrico da Tromello (Pavia), tenente medico; Pilella Alessandro da Cerreto Sannita (Benevento), sottotenente med. di complem.

11° *regg. fanteria*: Rivalta Raffaele da Forlì, capitano medico; Bevilacqua Antonio da S. Martino in Pensilis (Campobasso), sottotenente medico; Bini Domenico da Trani (Bari), id. id.

30° *regg. fanteria*: Giallombardo Oreste da Partinico (Palermo), sottoten. med. di complem.

50° *regg. fanteria*: Rebizzi Roberto da Messina, tenente med. di complem.; Manconi Attilio da Cuglieri (Cagliari), id. id.; Sallustio Luigi da Molfetta (Bari), sottotenente med. id.

52° *regg. fanteria*: Piccoli Giovanni da Fano (Pesaro), sottotenente med. di complem.

57° *regg. fanteria*: Loffredo Alfredo da Oristano (Cagliari), tenente medico; Saturnino Pasquale da Terlizzi (Bari), id. di complem.

(1) Vedi fasc. precedente.

60° *regg. fanteria*: Borelli Giacomo da Genova, tenente medico; Rombola Antonio da Calogero (Catanzaro), id. id.

63° *regg. fanteria*: Rossi Antonio da Anzano degli Irpini (Avellino), tenente medico; Franco Augusto da Ruviano (Caserta), sottoten. med. complem.

82° *regg. fanteria*: Bracco Eduardo da Napoli, capitano medico.

4° *regg. bersaglieri*: Scibetta Gaetano da Regalbuto (Catania), tenente medico.

8° *regg. bersaglieri*: Saleri Leopoldo da Massa (Massa e Carrara), sottotenente med. complem.; Tangheroni Dante da Bagni S. Giuliano (Pisa), id. id.; Scotti di Uccio Domenico da Napoli, id. id.; Salvatore Luigi da Rapino (Chieti), id. id.

9° *regg. bersaglieri*: Degli Atti Vincenzo da Guagnano (Lecce), tenente medico; Cei Isidoro da Mezzana Bigli (Pavia), sottoten. med. compl.

11° *regg. bersaglieri*: Daneri Giuseppe da Porto Maurizio, tenente medico; Rellini Guido da Roma, id. id.; De Martino Nicola da Comiso (Siracusa), id. id.

1° *regg. alpini*: Sferrazzo Filadelfio da Lentini (Siracusa), tenente medico.

3° *regg. alpini*: Marengo Lorenzo da Carmagnola (Torino), capitano medico; Azzaro Giuseppe da Monterosso Almo (Siracusa), tenente medico; Sacco Rosario da Rocca di Neto (Catanzaro), sottoten. med. complem. (*due encomii*).

6° *regg. alpini*: Pellegrini Francesco da Verona, tenente medico; Franco Vincenzo da Gangi (Palermo), id. id.

7° *batt. indig. eritrei*: Marotta Gaetano da San Cipriano Piacentino (Salerno), tenente medico.

Compagnie di Sanità, Ospedali da campo, ecc.: Salinari Salvatore da Montescaglioso (Potenza), maggiore medico; Vasilicò Giuseppe da Santa Lucia di Piave (Treviso), id. id.; Gualdi Carlo da Guastalla (Reggio Emilia), id. id.; Donati Giuseppe da Roma, tenente medico; Lanza Francesco da Settimo Torinese (Torino), capitano medico; Cotronei Tommaso da Napoli, id. id.; Annino Beniamino da Siracusa, id. id.; De Stephanis Giuseppe da Popoli (Aquila), id. id.; Catini Alpinolo da Terni (Perugia), id. id.; Ajmone Modesto da Coggiola (Novara), id. id.; Bracco Giacomo da Vicoforte (Cuneo), id. id.; Papale Raniero da Napoli, id. id.; Molinari Mario da Mirandola (Modena), id. id.; Riva Umberto da Modena, id. id.; Militello Emilio da Palermo, id. id.; Criscione Gaetano da Mezzoiuso (Palermo), tenente medico; Ruggieri Antonino da Messina, id. id.; Giaccio Vito da Sambuca Zabut (Girgenti), id. id.; Albano Luigi da Napoli, id. id.; Fiorenza Ignazio da Palermo, id. id.; Forino Salvatore da Monteforte Irpino (Avellino), id. id.; Gasparini Iginio da Caltagirone (Catania), id. id.; Tomaselli Vito, da Nicolosi (Catania), id. id.; Saija Paolo da Messina, id. id.; Arezzo Nicola da Cortona (Arezzo), id. id.: De Porcellinis Carlo da Napoli, id. id; Leone Rocco da Stigliano (Potenza), id. id.; Vannelli Enrico da Villafranca in Lunigiana (Massa e Carrara), id. id.; Pazzi Ermanno da Roma, id. id.; Daneo Luigi da Casal Nocetto (Alessandria), id. id. di complemento; Alagna Emilio da Spezia (Genova), id. id. id.; Giglio Rocco da Trapani. id. id. id.

Croce Rossa Italiana: Bertini Luigi da Chieti, medico assistente di 1ª classe; Scoccianti Aldigerio da Apiro (Macerata), id.; Perreca Felice da Caiazzo (Caserta), id.; Mutarelli Giovanni da Trinitapoli (Foggia), id.; Ricci Omero da Roma, medico assistente di 2ª classe; Marzoli Celso da Milano, id.

Onorificenze concesse in considerazione di particolari benemerenze acquistate sul teatro della guerra.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Commendatore: Sforza Claudio, maggiore generale medico.

Ufficiale: Salvia prof. Eduardo, ispettore medico 1ª classe Croce Rossa Italiana.

Cavalieri: Sandrelli Enrico, tenente colonnello medico; Pimpinelli Pietro, maggiore medico; Salinari Salvatore, id. id.; Cantella Mariano, id. id.; Viale Angelo, id. id.; Delminio Orazio, id. id.; Santucci Stefano, id. id.; Romeo Francesco, id. id.; Lo Scalzo Vito, id. id.; Vasilicò Giuseppe, id. id.; Gualdi Carlo, id. id.; Madia Giuseppe, id. id.; Passarella Ugo, id. id.; Riva Umberto, id. id.; Cossu Alberto, capitano medico; Piroli Amedeo, id. id.; Barba Morrihy dott. Camillo, medico civile.

Ordine della Corona d'Italia.

Cavaliere di Gran Croce decorato del Gran Cordone: Postempski prof. Paolo, ispettore medico principale Croce Rossa Italiana.

Ufficiali: Minici Eugenio, colonnello medico; Bonavoglia Luigi, id.; Arpa Vittorio, tenente colonnello med.; Pace Luigi, maggiore med.; Di Lallo Carmine, capitano med.

Cavalieri: Sarlo Eugenio, capitano medico; De Stephanis Giuseppe, id.; Fiorentini Emilio, id.; Caccia Filippo, id. Garulli Andrea, id.; Messineo Giuseppe, id.; Triulzi Giacinto, id.; Salvatore Domenico, id. Viola Pietro, id. id.; D'Elia Antonio, id.; Biliotta Vincenzo, id.; Tram Guglielmo, id.; Tedde Giuseppe, id.; Balla Alberto, id.; Corradi Numa, id.; Porru Pietro, id.; Bevacqua Alfredo, id.; Pazzi Ermanno, id.; Migliacci Giovanni, id.; Frau Giuseppe, tenente medico; Bruni Nicola. id.; Sassoli Ernesto, id. id.; Piccinini Giovanni, id.; Carra Vincenzo, medico assistente 2ª classe Croce Rossa Italiana; Coccon Attilio, id.; Fantini Adolfo, id.; Giani Raffaello, medico capo S. O. M. Malta; Roncoroni Emilio, medico assistente, id.

Encomio solenne.

Fazio Gaetano, capit. medico; Trofanelli Luigi, id. id.; Sebastianelli Giangiuseppe, id. id.; Jacono Francesco, id. id.; Lionti Girolamo, id. id.; Demurtas Cornelio, id. id.; Mazzaglia Giovanni, id. id.; Consiglio Placido, id. id.; Castelnovi Lodovico, id.; Papale Raniero, id.; Basso Ermenegildo, id.; Giarrusso Gesualdo, tenente medico; Candidori Enrico, id. id.; Catalano Francesco, id. id.; Mirone Giuseppe, id.; Bruno Francesco, id.; Romby Paolo, id.; Ciaccio Vito, id.; Caffarelli Benedetto, id.; Costa Fausto, id.; De Durante Nicola, id.; Parente Ferdinando, id.; De Angelis Arduino, id. id.; Tedeschi Giacomo, id.; Manconi Michele, id.; Sabatini Angelo, id.; Quinzi Raffaello, id. di complemento.

R. MARINA.

Medaglia di bronzo al valor militare.

Operazioni in Cirenaica: Gnasso, capitano medico; Saporito, tenente medico; Fattori, id.

Encomio solenne.

Operazioni in Tripolitania: Palliccia, capitano medico; Stocco, id.

Onorificenze.

Ordine SS. Maurizio e Lazzaro.

Ufficiale: Rosati, colonnello medico.
Cavalieri: Minutillo, tenente colonnello medico; Seganti, maggiore medico; Vittori, capitano medico.

Ordine Corona d'Italia.

Ufficiali: Tacchetti, ten. colonnello medico; Bonifacio, maggiore medico; Stoppari, id.
Cavalieri: Bellocchio, capitano medico, Roccà, medico civile; Silvestri, id.; Del Prete, capitano medico; Rondelli, id.; Caraccioli, id.; Capo, tenente medico; Piantoni, id.; Rocci, medico civile.

Servizio sanitario militare.

Ufficiali in servizio attivo permanente. — Tenente colonnello medico promosso colonnello medico: Pressacco Pasquale.
Ufficiali di riserva. — Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Cantarano Costantino, Gianola Antonio, Rosso Oreste, Nardoni Antonio, Dell'Olio Giovanni Battista, Mendini Giuseppe, Fascia Giuseppe.
Tenenti medici promossi capitani medici: Piraino Giuseppe, D'Elia Gaetano, Lombardi Giu seppe, Damiani Girolamo, Sacra Errico, Gagliardi Donato, Liscia Renato, Trafficante Francesco, Caruso Corrado, Pacilio Ernesto, Vaccari Luigi, Ranfaldi Antonino, Spediacci Corrado, Sola Ernesto, Quassolo Luigi, Giammarco Pier Giuseppe, Grimaldi Arturo, Nasi Stefano, Marini Annibale, Barbagallo Mario, Abba Francesco, Forzani Luigi, Sarra Raffaele.

MILANO. — Agli Istituti clinici di perfezionamento sono nominati i dottori: Mirto Francesco 1° aiuto, Fossati Giuseppe 2° aiuto, Valforta Francesco 1° assistente, Colombini Carlo 2° assistente.

TRIESTE. — Al dott. Gandusio Renato è riconosciuto il diritto all'esercizio dell'arte medica.

PARIGI. — Il prof. Hartmann, di chirurgia minore alla Facoltà di medicina, è nominato professore di clinica chirurgica, quale successore di Segond.
L'Accademia di medicinaha eletto a corrispondenti nazionali Alessio Carrel di New York e Arnozan di Bordeaux.

PIETROBURGO. — La direzione dell'Istituto di medicina sperimentale è stata offerta, in seguito alla morte di V. Podvyssotzky, al prof. E. Metschnikoff, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi; avendo Metschnikoff declinato l'invito, è stato nominato invece il prof. Pawlow.

LETTERE DA PARIGI

I cani sanitari nell'esercito. — Da qualche anno l'amministrazione militare sanitaria francese cerca di utilizzare le qualità di istinto e di fedeltà della razza canina, utilizzando i cani che possono rendere dei grandi servizi nella ricerca dei feriti sui campi di battaglia. Le esperienze fatte durante le ultime manovre hanno dato dei buoni risultati e un canile d'allevamento è stato istituito a Fontainebleau.

Il ministro della guerra ha deciso di organizzare il servizio di tali cani, assegnandone da quattro a sei per ambulanza in tempo di guerra. Ogni sezione di infermieri invierà un sottufficiale al campo di allevamento dei cani per famigliarizzarsi con gli animali, ogni cane avrà diritto a una gavetta di zuppa al giorno.

La responsabilità dei criminali. — In questi ultimi giorni si è dato il caso di un individuo processato per delitti contro la persona, che un direttore di manicomio considerava come sano e un direttore di prigione considerava come pazzo, mentre i periti giudiziari erano tra il si ed il no di parere contrario. Il tribunale ha finito per assolverlo, ordinandone però l'internamento in un manicomio.

Questo fatto di cui si è impadronita la stampa quotidiana e che ha avuto una profonda eco nel pubblico, ha servito di spunto a una bellissima conferenza tenuta dall'eminente neuropatologo, il professore Gilbert Ballet alla « Scuola di alti studi Sociali » di Parigi.

Il prof. Ballet ha dimostrato quanto lo stato morboso abbia nella genesi del delitto una parte preponderante, se non esclusiva, mentre la tendenza comune è quella di considerare il criminale come un individuo perfettamente normale, astrazione fatta dal delitto commesso.

Quattro categorie di malattie possono condurre al delitto.

Prima di tutto l'alcoolismo. L'alcoolico nello stadio subacuto si trova sotto l'impero di allucinazioni sensoriali, sopratutto auditive. Tali malati sono pericolosi e debbono essere internati, ma non nella maniera seguita al presente, cominciando l'internamento e terminando in un modo del tutto arbitrario, come ai tempi della Bastiglia. L'alcoolismo è una malattia acquisita volontariamente e transitoria, quindi il malato, dopo guarito, dovrebbe subire la pena che il suo delitto ha meritato e forse ciò potrebbe essere per lui una lezione utile per l'avvenire.

In secondo luogo vengono le malattie acquisite, ma croniche, di cui la principale è il delirio di persecuzione. Il perseguitato ha dapprima delle idee confuse, ma finisce poi per rendere una per-

sona che diverrà la sua vittima responsabile dei suoi mali immaginari. Tale lo spagnuolo Herrero che uccise il dott. Guinard nel cortile dell'Hôtel-Dieu. Bisogna accogliere al manicomio tali malati e al più presto, giacchè in genere la società è male protetta contro tali individui, tanto dalle famiglie e dal medico, quanto dalla polizia che non osa prendere la responsabilità del provvedimento se non c'è stato un principio d'esecuzione.

In terzo luogo vengono i delinquenti affetti da malattie costituzionali congenite. Appartengono a tale categoria gli epilettici, che agiscono nell'incoscienza caratteristica del loro male, obbedendo al desiderio imperioso di compiere l'atto. Essi lottano contro l'impulso, ma finiscono sempre per essere vinti. Incendiari, cleptomani o assassini, debbono essere chiusi in perpetuo in una casa di salute o in un manicomio.

Vengono quindi i perversi istintivi, i più comuni delinquenti. Tali individui presentano una anamnesi ereditaria speciale nella quale i pazzi si alternano coi tubercolosi, coi nevropatici e con gli alcoolici. Anomali dalla fanciullezza, bugiardi, oziosi, essi si creano nell'adolescenza un ambiente armonico con genti di simili mentalità, fondando quelle associazioni di malfattori che praticano poi la rapina e l'assassinio.

Talvolta considerando tali individui come malfattori volgari la giustizia umana li condanna, ma la prigione li rende peggiori, tal'altra il perito conclude a una responsabilità limitata. Questa soluzione facilita il còmpito, ma il prof. Ballet la ritiene disastrosa poichè, secondo lui, il medico non deve preoccuparsi della responsabilità che è una questione metafisica e sociologica, ma deve dire soltanto se l'individuo è anormale, e in che maniera, e se è pericoloso e perchè e in quale grado.

Studiando il problema ci si accorge di quanto sia incompleto il nostro modo di considerarlo. Noi dobbiamo studiare la psicopatologia del delinquente, il delitto non deve essere giudicato in se stesso, ma in rapporto all'anormalità speciale del suo autore.

Il manicomio criminale è inutile, perchè se ci si vuole mettere tutti gli individui che dovrebbero esservi rinchiusi, le prigioni rimarrebbero vuote. Sono sopratutto le cause della criminalità che bisogna combattere ancora più che curare i malati quando è troppo tardi. Alcoolismo, sifilide e tubercolosi sono i veri nemici della società, la causa quasi universale dei delitti, ed è contro di esse che debbono essere diretti gli sforzi della società che si vuol difendere dai criminali.

Emicrania d'origine nasale. — Il dott. Guisez alla seduta dell'Accademia di medicina di martedì scorso ha descritto una varietà di emicrania la cui origine è rimasta sconosciuta fino al presente.

La crisi comincia con un dolore localizzato nella regione frontoorbitaria, che si generalizza in seguito accompagnandosi a nausee e vomiti. Il ripetersi delle crisi può condurre a una vera cachessia.

Tale emicrania è dovuta a una ipertrofia del cornetto medio, la quale produce fenomeni congestivi e disturbi circolatori della base del cervello a ogni menoma causa. Tali forme di emicrania avevano resistito fino ad ora ad ogni cura, compresa la resezione del facciale. Il dott. Guisez pratica soltanto la cauterizzazione del cornetto o la sua riduzione per frantumazione, previa anestesia locale. Più di 70 casi furono guariti in maniera persistente, in seguito a tale trattamento. La comunicazione del dott. Guisez dimostra la necessità di esaminare sistematicamente le fosse nasali di tutte le persone soggette a frequenti emicranie.

Parigi, 12 aprile 1913.

Dott. GOD.

NOTIZIE DIVERSE

IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali) (Roma 8-11 giugno 1913).

Riportiamo ancora i titoli delle seguenti comunicazioni, pervenute alla segreteria del Congresso (vedi fascicoli 12 e 13):

« Danni cagionati dal cisticerco sull'occhio umano ». G. Cirincione (Roma).

« Risultati dell'inchiesta sull'impiego della biacca in Roma ». A. Ranelletti (Roma).

« Le condizioni igieniche delle tipografie di Roma - La morbilità dei tipografi di Roma nel quinquennio 1907-1911 ». Id.

« Per una statistica nazionale sulla morbilità e mortalità delle classi lavoratrici ». Id.

« Primi risultati d'una inchiesta igienica sul lavoro delle lavandaie in Roma ». G. Gualdi e V. Fraschetti (Roma).

« Malattie del lavoro e medicina sociale ». G. Tropeano (Napoli).

« Un po' di storia sulla malattia dei minatori, rivendicazione di priorità relative alla natura, profilassi e cura ». E. Perroncito (Torino).

« L'assicurazione delle malattie professionali specifiche col sistema della *lista* ». L. Bernacchi (Milano).

« La regolamentazione del lavoro in aria compressa ». Id.

« La profilassi delle tecnopatie in Italia ». A. Petrini (Genova).

« Difese igieniche nell'industria del vetro nero ». Id.

« L'ernia inguinale da sforzo nei militari mobilitati ». A. Perassi (Cava dei Tirreni).

La morbilità dei tramvieri di Roma nel quinquennio 1908-1912 ». N. Leuzzi (Roma).

« Infezioni di stalla nei contadini » C. Terni (Milano).

« Sulle malattie dei ferrovieri » E. D'Anna (Roma).

« Patologia del lavoro nelle impagliatrici di sedie in Roma » G. Genovese (Roma).

I. Congresso Italiano di radiologia medica.

Nel prossimo ottobre si terrà a Milano un primo Congresso di Röntgen e radiumologia, promosso dalla Società Italiana di radiologia medica, costituitasi in Milano il 5 gennaio del corrente anno.

Colla deliberazione — presa nell'atto stesso della sua fondazione — d'indire entro l'anno un primo Congresso, la Società ha voluto affermare l'importanza alla quale sono ormai assurti anche in Italia gli studi radiologici e manifestare la fiducia che il vincolo di fratellanza, stretto fra i cultori della nuova specialità, avrebbe subito dato buoni frutti e che non sarebbe mancato l'aiuto di tutti coloro che, direttamente od indirettamente, si interessano agli studi di radiologia.

Perchè i congressisti possano agevolmente formarsi un'idea esatta delle recenti conquiste della tecnica radiologica, il Comitato ha stabilito di unire al Congresso una Mostra dei vari modelli di apparecchi di Röntgen e radiumologia.

Il Comitato organizzatore del Congresso è presieduto dal dott. L. Parola; segretario generale ne è il dott. F. Perussia.

Temi generali del Congresso: 1. Gli apparecchi intensivi nella tecnica röntgenologica. Relatore: prof. Prof. Vittorio Maragliano di Genova. — 2. L'indagine radiologica del cranio. Relatore: dott. Aristide Busi di Bologna. — 3. La radiologia dell'intestino. Relatore: dott. Pasquale Tandoja di Napoli. — 4. La Röntgen e la Radiumterapia nelle forme ginecologiche. Relatore: prof. Mario Bertolotti di Torino.

Sono ammessi a prendere parte ai lavori del Congresso: Medici, Biologi, Fisici, Ingegneri, Tecnici e tutti coloro che si interessano allo sviluppo scientifico e pratico della radiologia medica.

La tassa d'iscrizione è fissata in lire 10.

I Soci della Società Italiana di Radiologia Medica, che hanno pagato la quota per l'anno 1913, (lire 20) sono di diritto iscritti al Congresso.

Possono iscriversi al Congresso anche persone della famiglia dei Congressisti, come Membri aderenti, col pagamento della tassa di lire 5.

Per iscriversi al Congresso si prega rivolgersi al Segretario generale del Congresso dottor Felice Perussia - Milano, Foro Bonaparte, 61 - inviando insieme le relative tasse di iscrizione.

Nel giorno precedente all'Inaugurazione del 1° Congresso Nazionale di Radiologia, sarà tenuta l'assemblea generale della Società italiana di Radiologia medica.

Esposizione internazionale urbana.

Si annunzia che la città di Lione organizza un'Esposizione internazionale urbana dal 1° maggio al 1° novembre 1914. Sarà ripartita in 42 sezioni.

La grandiosa Mostra presenterà uno speciale interesse per gl'igienisti, poichè vi avranno posto la scuola, le istituzioni di puericoltura, la difesa contro le malattie popolari, l'assistenza ai vecchi ed agli invalidi, la tutela dell'industria e tutti i grandi problemi urbani.

Commissario generale ne sarà il prof. Jules Courmont, il quale ha subordinato la sua nomina alla condizione espressa che dalla Mostra vengano escluse le bevande alcooliche di qualunque natura. L'eminente igienista va sinceramente felicitato per questa sua decisione.

I primi sette medici coloniali.

Alla Direzione generale di Sanità, innanzi ad una Commissione presieduta dal senatore Paternò, e della quale facevano parte i professori Gosio, Campana, Cirincione, Alessandrini, Gabbi e il padre Spallita, hanno avuto luogo gli esami per il concorso dei medici coloniali. I sette medici risultati in ordine di graduatoria sono i seguenti: dott. Andrea Saccone, dott. Nicola Brandolini, dott. Michele Mazzitelli, dott. Tortora, dott. Domenico Guttadauro, dott. Nicola D'Ajello, dottor Francesco Parabita.

Corso accelerato pratico.

A Torino dal 1° maggio al 15 giugno sarà tenuto presso l'Università un corso accelerato pratico pei medici condotti. Vi potranno accedere anche i liberi esercenti.

Per l'insegnamento dell'igiene nelle scuole.

Il Consiglio della Federazione fra le Associazioni del personale di vigilanza igienica del Regno, in una delle sue ultime tornate, ha nominato il prof. Santori di Roma, il cav. Venere di Terracina ed il dott. Cioffari di Calitri membri della Commissione che insieme a quelle nominate dall'Associazione magistrale e dalla Federazione tra i professori delle scuole medie, dovrà dettare le norme per l'insegnamento dell'igiene nelle scuole.

A tale Commissione è affidato l'importante incarico di studiare il modo perchè il progetto Credaro divenga legge dello Stato.

Ed è sperabile che i pubblici poteri sapranno far tesoro delle proposte che la competente Commissione sarà per fare.

Propaganda igienica.

Il 5 aprile all'Università Popolare di Anzola Emilia tenne lezione il dott. Bordon, il quale davanti ad un pubblico assai numeroso trattò brillantemente il tema dell'alcoolismo.

Nuova clinica.

A Torino venne testè inaugurata la nuova clinica per le malattie della bocca e dei denti presso l'Università.

Il prof. Maggioni, dell'Istituto stomatologico di Milano, tenne, per invito della Facoltà, la conferenza inaugurale.

Per il più grande Ospedale Colombo a New York.

Ferve vivissima la campagna che mira a raccogliere per l'Ospedale Colombo — da parecchi anni sussidiato dal Commissariato dell'emigrazione di Roma per le riconosciute benemerenze verso la colonia — la somma che viene richiesta per l'ampliamento dell'opera in 200,000 dollari.

Mentre una parte dei benefattori prepara le offerte, gli animatori della campagna tengono

frequentissimamente sedute. I membri del Comitato esecutivo e coloro che nel momento dell'azione — dal 3 al 15 aprile — dovevano guidare i gruppi destinati a girare fra gli uomini di affari, americani e italiani, della metropoli, si sono adunati nei locali dell'Ospedale, al n. 226 east 20ª strada. Dopo la visita dei locali che ora accolgono a centinaia e centinaia gli ammalati italiani, soddisfatti tutti delle premurose e tenere cure dei sanitari e delle suore del Sacro Cuore, si sono ispezionati i lotti adiacenti, comprati dalle suore stesse, per la costruzione degli altri locali. Il Comitato esecutivo si riunirà ancora in casa del prof. Guiteras, 80 Madison avenue, sotto la presidenza di Mr. John D. Crimmins, il munifico milionario americano che ha preso a cuore, egli e numerosi suoi amici dell'alta finanza metropolitana, le sorti dell'Ospedale.

Il Comitato è grandemente soddisfatto delle manifestazioni che da ogni parte della colonia gli stanno giungendo, promettitrici del più ampio successo. Molti italiani, lieti di poter contribuire al successo della sottoscrizione, hanno scritto al Comitato promettendo di contribuire per conto proprio e far sì che anche i propri amici diano, una volta tanto, l'obolo ad un'istituzione che tanto bene fa ai connazionali. Tutti i sacerdoti italiani — popolari nelle rispettive parrocchie — si propongono di raccomandare agli emigrati l'Istituto.

Il Comitato ha sede nel palazzo della Metropolitan Life, Madison Square, room 10201, telefono: 2295 Gramercy. « Riv. Ospedal. ».

Lotterie di beneficenza.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il testo delle leggi che autorizzano una lotteria a favore dell'ospizio marino e ospedale dei bambini « Enrico Albanese » e dell'Associazione contro la tubercolosi di Palermo; un'altra a favore degli ospedali di Bibbiena, Pieve Santo Stefano e Poppi; una terza a favore degli ospedali di Rimini; altre a favore degli ospedali di Messina, Milazzo, Castroreale, Cecina e Piombino.

I premi Carnegie agli eroi.

Il Consiglio d'amministrazione della Fondazione Carnegie si è riunito negli scorsi giorni al Ministero dell'interno sotto la presidenza dell'on. ammiraglio Leone Reynaudi.

Il Consiglio ha esaminato numerosi atti di coraggio e di abnegazione, che esso ha premiato con medaglie e compensi in denaro.

Tra i modesti eroi notiamo:

Bottini Salvatore, di Alatri, milite della « Croce Rossa », che il 13 ottobre del 1911 moriva di colera mentre trovavasi in servizio di profilassi anticolerica (assegnazione alla vedova di un sussidio trimestrale di lire 120 rinnovabile di anno in anno).

Il Consiglio di amministrazione terrà prossimamente altra seduta per l'esame di numerose domande e proposte.

Le suore negli ospedali di Parigi.

Al Consiglio municipale di Parigi è stata inoltrata la proposta di riammettere le suore al servizio degli ospedali, data la imminente estensione dei servizi ospedalieri e la deficienza di infermiere, nonchè per ragioni di economia.

Conferma di una condanna.

La Corte di cassazione Francese ha respinto il ricorso avanzato dai signori Coaley e Cooper, direttori del gabinetto « Electro-Vigor », e dai loro prestanomi dottori Ficalier e Dumoret, avverso la sentenza della Corte d'appello che aveva condannato i primi due per truffa a un anno di prigione e 1000 franchi di ammenda e gli altri due a sei mesi di prigione, tutti i quattro processati a 30,000 franchi solidariamente, a favore della Unione dei sindacati medici di Parigi, costituitisi parte civile.

Congresso di studenti in medicina.

Gli studenti francesi di medicina hanno tenuto a Parigi un Congresso con lo scopo di discutere sui mezzi atti ad assicurare la difesa dei loro interessi corporativi.

Una delle più importanti questioni riguardava gli stranieri che compiono i loro studi in Francia e poi vi si stabiliscono. In un ordine del giorno è stato chiesto che vengano tutti costretti a naturalizzarsi francesi!

Un'altra questione importante concerneva il servizio militare. È stato votato che « il mestiere di soldato è incompatibile coi severi studi medici ». Perciò è stata respinta ad unanimità la concessione delle nuove leggi militari, di compiere il servizio militare durante i corsi universitari. È stato chiesto invece di essere addetti come prima al servizio d'infermeria o di essere assunti come medici ausiliari o aiutanti maggiori.

Le professioni sanitarie in Francia.

Le statistiche ufficiali francesi pel 1911 dànno 20,809 medici, 11,589 farmacisti, 13,066 levatrici, 2,848 dentisti.

Una bomba nella casa di un medico.

A Solopaca, in provincia di Benevento, la sera dell'11 aprile venne lanciata contro una finestra della casa del medico condotto, dott. Luigi Giannelli, una scatola contenente materie esplosive, che scoppiò mandando in frantumi, tra un fragore infernale, tutti i vetri del palazzo e quelli delle case adiacenti, mentre parecchie schegge danneggiavano il mobilio della stanza nella quale si trovavano il dottore e una sua bambina.

L'attentato inqualificabile, che poteva avere conseguenze disastrosissime, trova la sua genesi nell'odio di parte, giacchè il dott. Giannelli milita nei partiti democratici. Un altro attentato del genere si era dovuto deplorare quattro giorni prima contro l'avv. Favani, anche questi dei partiti popolari.

« Voglio essere rispettato ».

Il dottore Gerardo Giannattasio, sanitario delle carceri di *Regina Coeli* a Roma, nel novembre dell'anno scorso esaminò il detenuto Vincenzo Brusadini, che si lamentava di essere malato. Non avendo rinvenuto traccia di malattia, pronunziò qualche parola che il Brusadini ritenne lesiva del suo onore. Voglio essere rispettato — disse il detenuto al capoguardia — e sporse querela.

La causa fu discussa davanti il secondo pretore urbano. Questi ritenendo che nelle parole del Giannattasio non si riscontrava reato di ingiuria, in quanto esse significavano un consiglio e una esortazione, dichiarò non luogo per inesistenza di reato in confronto del sanitario.

Rassegna della stampa medica.

Klin.-ther. Woch., 27 genn. FISCHL. « Tetania e stati tetanoidi nell'età infantile ».

Il Lavoro, 30 genn. VITALI. « La medicina del lavoro ».

Le Progrès Méd.. 1 febbr. DUFOURT. « Autolisine, isolisine e resistenza globulare ».

The Practitioner, febbr. JORDAN. « La stasi intestinale ». — COOPER. « La cura conbinata dell'alcoolismo ». — KEBLELL. « Di alcuni sintomi comuni nelle malattie dell'infanzia; loro significato diagnostico ».

Le Bull. Méd., 1 febbr. PLICQUE. « La cura delle amenorree ».

La Presse Méd., 1 febbr. ROUSSY e AMEUILLE. « Lesioni elementari del polmone ». — BONAMY e DARTIGUES. « Genitoplastica maschile esterna ». — LETULLE. « Colangiectasie congenite ».

Brit. Med. Journ., 1 febb. BLAND-SUTTON. « La flora batterica dell'utero ».

The Lancet, 1 febbr. COLLIE. « La "debolezza,, nelle malattie e negli infortuni » — KEITT. « Progeria e ateleiosis ». — H. e A. GRÜMBAUM. « Neoformazioni e immunità insufficiente ».

Mediz. Klinik, 2 febbr. HAFEMANN. « La cura non operativa del cancro nell'Istituto di Heidelberg ». — MARGONINER. « Sulla cura della dismenorrea ».

Gazz. d. Osp., 2 febbr. GALLI P. « La terapia colloidale nelle forme anomale e complicate di morbillo ».

Le Scalpel, 2 febbr. VAULAIR. « Rachitismo e gastroectasia ».

Paris Méd., 1 febbr. « Numero consacrato alle malattie dalle vie respiratorie ».

La Presse Méd., 8 febbr. LIAN e MARCORELLES. « Le bradicardie della colica da piombo ». — SIKORA. « Le linforragie e loro trattamento ». — SEITAO da CUNHA. « Apparecchio per suture arteriose e venose ».

Le Bull. Méd., 8 febbr. CHAUFFARD. « Intossicazione ossicarbonica ».

La Rif. Med., 8 febbr. DE BONIS e NATALE. « Immunizzazione delle cavie col nucleoproteide dei vibrioni colerigeni per via gastrica ». - GIORDANO. « Anestesia generale per mezzo delle iniezioni intramuscolari di etere ».

Gazz. d. Osp., 9 febbr. PARI e FONZIAN. « Studi sulla febbre ».

Pensiero Med, 9 febbr. CROSTI. « Endotelioma sottocorticale della zona rolandica ».

Berl. Klin. Woch., 10 febbr. REHN. Sulla chirurgia del cuore e del pericardio ». — KLIENENBERGER. « Sulla narcolessia ». — LOEWENTHAL e SELIGMANN. « Bacillo paratifico non gasogeno ». — ARONSON. « Sulla tonicità degli organi normali ».

The Journal A. M. A., 8 febbr. BUERGER. « Ulcera della vescica ». — WHITING. « Conservatorismo in chirurgia ». — NELSON e HYBAND. Gli effetti delle forti purghe sulla pressione e sul sangue ».

Medic. Record, 8 febbr. HONAN e WYLISS. « La anestesia generale per la via endovenosa ».

Il Cesalpino, 1 febb. PISENTI. « Presunta tubercolosi polmonare da infortunio ». — BRANDINO. « Sulla differenziazione del sangue menstruo e normale ».

Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de Paris, febb. BOUCHACOURT e CHÉRON. — « L'associazione della radiumterapia alla radioterapia nella cura dei fibromiomi uterini; discuss. ».

Rev. de Hyg. y de Tuberc., febbr. MONTENEGRO. « L'anafilassi nella tubercolosi ».

Proc. of. the Path. Soc. of Piladelphia, 4. MC FARLAND. « Apoplexia uteri ». — LEWIS e KAUFMANN. « Tentativi per agire specificamente sulla flora batterica intestinale ». — WOODY. « Epidemiologia del vaiolo ».

Münch. Med. Woch., 11 febbr. LEHMANN. « Sull'azione del caffè e sul caffè senza caffeina ». — SCHLOSMANN. « Sull'economia del ricambio della materia e dell'energia nel lattante ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. — Roma, 4 maggio 1913 — Fasc. 18

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III
diretto dal prof. E. GERMANO.

L' ulcera fagedenica a Tripoli

per il dott. D. A. MAZZOLANI
incaricato del Dispensario Dermatologico.

(*Continuazione e fine, vedi fasc. 17*).

Cura. — All'infuori dei casi gravi in cui furono dagli autori osservate infezioni pioemiche e setticoemiche, l'ulcera fagedenica raramente costituisce un pericolo per la vita dell'infermo: ma data la possibilità di un aggravamento brusco anche nei casi di mediocre intensità la cura s'impone fin dai primi momenti.

I rimedi impiegati furono numerosi, e quasi tutti hanno corrisposto allo scopo, sebbene talvolta si sia forse esagerato sulla scelta dei mezzi i più potenti.

All'inizio della malattia poche pennellazioni di tintura d'iodio, qualche medicazione con benzina o alcool iodato, seguite da spolverizzazione con calomelano, mi furono sufficienti a domare l'infezione. Il bacillo fusiforme, attaccato in *campo scoperto* non resiste a lungo alla cura. La sua resistenza si fa invece più pericolosa quando esso è riuscito ad insinuarsi sotto i tessuti, ed è allora che si deve far ricorso ai mezzi terapeutici più potenti.

Secondo Plehn la cura deve essere solamente chirurgica, energica, procedendo all'esportazione del tessuto necrotico col coltello, con la forbice o col cucchiaio, previa narcosi: meno spesso si potrà far ricorso alle pennellazioni con acido fenico concentrato o al termocauterio.

P. Manson consiglia una cura generale ricostituente e l'uso di forti dosi di oppio, che oltre ad alleviare il dolore, avrebbe un'azione speciale sul processo fagedenico. Localmente si dovrebbe far uso di acido fenico puro, previa narcosi: in seguito sottoporre la piaga ad irrigazioni continue con soluzioni antisettiche calde.

Durante il mio soggiorno in Cina io non ebbi però a constatare questa speciale azione dell'oppio, almeno nei numerosi fumatori cinesi ed annamiti che ne furono affetti in modo spesso molto grave.

Al momento del periodo necrotico Le Dantec ha visto l'ulcera migliorare in pochi giorni « en éteignant deux ou trois fers rouges dans la plaie ». Egli faceva quindi seguire medicazione con compresse biclorurate, e la guarigione si otteneva rapidamente. Clarac preconizzò il cucchiaio, a cui faceva pure seguire

medicazione con compresse biclorurate, mentre Vincent faceva seguire medicature con polvere di cloruro di calce ad 1 %. Ricard preferì l'etere canforato: molti altri dettero, invece, la preferenza alla tintura d'iodio.

Le Roy de Méricourt e Layet davano grande importanza alla cura generale ricostituente. Localmente, durante il primo periodo della malattia, consideravano utili le frizioni mercuriali, già impiegate da Cosquier e Treille. Anche gli emollienti avrebbero fatto buona prova nelle prime fasi dell'infezione. Underwood e Feley oltre ad una cura generale e locale consigliarono la marcia che favorirebbe la cicatrizzazione. Di questa opinione fu ultimamente anche Schüffner.

Brocq, dopo di aver ricordate quasi tutte le suindicate medicature, consiglia, durante il periodo distruttivo, il tartrato ferrico-potassico e il bleu di metilene « qui donne de si bons resultats dans la chancre simple ». Si potrebbe anche ricorrere al ferro rovente.

Circa il bleu di metilene, che io ho avuto occasione di adoperare, fin da qualche anno, con rapidi risultati, nella cura della stomatite mercuriale, io confesso di non aver potuto ottenere gli stessi vantaggi in due dei miei malati. A causa, forse, dell'impurità del farmaco, io vidi prodursi l'indomani della prima medicazione, tale stato infiammatorio da non credere opportuno di dover insistere al terzo e quarto giorno (1).

Brocq così riassume la tecnica della medicazione: *a*) riposo assoluto a letto ed elevazione leggera dell'arto; *b*) lavaggi antisettici di tempo in tempo; *c*) medicatura sia con polverizzazioni antisettiche di solfato di rame, di sublimato, di acido fenico, di acido borico, di alcool, ecc.; sia con bagni prolungati; sia con piccole bende embricate di diachylon, empiastro rosso, empiastro di Vigo, ecc.; sia con polveri secche di sottocarbonato di ferro, con iodoformio, iodolo, o meglio ancora, con aristolo.

Cessato il periodo di fagedenismo, se la cicatrizzazione è lenta, si potranno fare trapianti epidermici o ricorrere all'autoplastica.

A Madagascar, Fontoynont e Jourdran consigliarono di esporre l'ulcera ai raggi solari e di far uso di pennellazioni con soluzione acquosa di eosina al 5 %.

(1) Ultimamente Cardamatis e Melissidis adoprarono, con buoni vantaggi, il bleu di metilene nella cura del bottone d'Oriente (bleu di metilene e vaselina ana).

Qui a Tripoli il tenente della Croce Rossa dott. Gandola-Quadrio afferma di aver ottenuto una guarigione relativamente rapida con acqua ossigenata acidificata con acido cloridrico.

Soluzioni d'acqua ossigenata al 33 % furono già impiegate con ottimi risultati nella gangrena nosocomiale, da W. Scholtz. Quando poi all'azione emolliente e solvente dell'acqua ossigenata si volle aggiungere un'azione più disinfettante, lo stesso autore consigliò una soluzione, a parti uguali, di acqua ossigenata pura e soluzione di nitrato d'argento al 10-20 %. De Beurmann e Tanon usarono l'acqua ossigenata diluita nelle ulcere fagedeniche, e completavano la medicatura con pomata allo octogan (perossido di zinco).

Secondo Manquat l'acqua ossigenata agisce meglio quando è di reazione francamente acida (1), il che coinciderebbe con la constatazione fatta da George Stoker, che l'alcalinità delle ferite o delle piaghe sarebbe tanto minore quanto più rapido è il processo di guarigione.

In parecchi casi io stesso ho saggiata l'alcalinità delle ulcere fagedeniche ed ho trovato che nel periodo della forte distruzione necrotica la carta tornasole rossa diventa rapidamente azzurra, e che durante il periodo di buona granulazione, la reazione è leggermente acida o neutra. Talvolta una stessa ulcera presentava reazione acida o neutra in una zona, mentre era alcalina in corrispondenza dei punti ancora in preda a suppurazione od a necrosi. In ogni modo, vinto però il periodo di grande virulenza, l'uso dell'acqua ossigenata deve essere presto abbandonato; perchè il processo di cicatrizzazione ne sarebbe ritardato (Arnozan, ecc.).

Nel reparto chirurgico dell'Ospedale Civile, il prof. Onorato ha fatto largo saggio di iniezioni endovenose di salvarsan, già prima impiegato con vantaggio da Werner, e con esito incerto da Thibierger, mentre due casi di Schüffner non ne avvantaggiarono quasi affatto ed uno anzi peggiorò nettamente.

Come si vede i rimedi impiegati sono stati molti, ed ogni medico ha, per così dire, dato

(1) L'acqua ossigenata neutra uccide le spore del carbonchio in 30 minuti primi, mentre, se acida, le uccide in soli 15.

la preferenza ad uno. Questo metodo di cura unilaterale, secondo me, non è da consigliarsi, L'ulcera fagedenica non presenta, infatti, le stesse note in tutti i periodi della sua evoluzione; è perciò che, nella misura del possibile, io ho cercato di profittare delle proprietà di ciascuno degli agenti medicamentosi, i più indicati in ciascun momento stesso del decorso.

Contro l'ulcera da autoinoculazione al suo primo o secondo giorno di sviluppo, ogni terapia alquanto energica basta ad arrestarne l'evoluzione in pochi giorni. Io mi sono servito volentieri sia di qualche pennellazione di tintura d'iodio, previo svuotamento della flittena-pustola, o della pustola già apertasi.

L'applicazione non è soverchiamente dolorosa, o tutt'al più il dolore è di corta durata. Faccio seguire, nei giorni successivi, una medicazione con pomata all'ittiolo al 5-10 %, e la piccola cicatrice finisce per essere presto completata, come se si trattasse di un'eruzione di impetigine.

Quando l'ulcera trovasi già al suo quinto-ottavo giorno, l'azione terapeutica deve essere più intensa; la secrezione sanguigno-purulenta abbondante deve essere tolta accuratamente specie a causa delle piccole anfrattuosità che talvolta già si manifestano sullo sfondo delle ulcerazioni, In questo caso l'azione del nitrato d'argento, ripetuta anche per qualche giorno di seguito, potrà solo lasciare la speranza di troncare o mitigare l'invadenza dell'infezione.

Al 10°-15° giorno l'ulcera fagedenica mostrasi generalmente al suo massimo di gravità: masse enormi di pus sanguigno o grigio-verdastro ricoprono la piaga al momento della medicatura. Tolto questo primo strato di pus l'ulcera appare in tutta la caratteristica della sua sintomatologia: bottoni carnosi esuberanti, rosso-violacei, chiazze scuro-necrotiche di guaine, di tendini e di vasi; fetidità orrendamente nauseante, infiltrazione turgescente dei bordi ulcerati, dolenzia e dolori urenti non appena la medicatura tocchi qualche terminazione nervosa. È questo il momento della terapia di urgenza, decisa; o si vince l'infezione, o la parte è seriamente minacciata. È l'indicazione netta dei caustici: pennellazioni larghe di tintura d'iodio fatte seguire da medicatura di battufoli pure imbevuti di tintura d'iodio, o, meglio ancora, applicazione su tutta la superficie ulcerata di nitrato d'argento. È questo un mezzo di grandissima efficacia.

Dopo 3-4 giorni la massa melmosa, pure mantenendosi imponente, perde della primitiva fetidità; al pus si mescola maggior copia di sangue; i bordi dell'ulcera si fanno meno edematosi, il fondo appare più regolarmente rosseggiante, i bottoni carnosi granulanti; al lavaggio con soluzione di sublimato (1 %) specie in corrispondenza dei noduletti giallastri, residui di suppurazione, deve aggiungersi una sorveglianza accurata dei bordi, sempre pronti col lapis di nitrato, perchè talvolta l'infezione minaccia di riprendere d'intensità.

Ma da questo momento, in generale, il fondo dell'ulcera tende a colmarsi rapidamente; ad ogni medicazione non si notano più che tracce di liquido sieroso; dai margini alquanto arrossati parte una membranella semitrasparente; siamo al pieno lavorìo della ricostituzione. Ad un lavaggio al bicloruro si può far seguire una leggera polverizzazione di dermatolo o di calomelano; in alcuni casi, specie quando il fondo non sembra granulare abbastanza, io faccio uso di decotto alcoolico di *henna*, già provata con vantaggio da Bouffard a Dibouti.

Ma qualche volta la superficie ulcerata è rapidamente colmata e i bottoni carnosi tendono a superare il livello circostante, mentre la epidermizzazione non può seguire di pari passo il processo centrale. Poche medicazioni, su questa parte, con la mistura di Burow, potranno regolarizzare la normale cicatrizzazione. Ma in generale, al momento della detersione, il medico deve limitarsi mantenere sterile l'ulcera e ricordarsi del *noli me tangere*.

Talvolta, specie in corrispondenza della regione perimalleolare e dove il piano sottostante è poco ricco in tessuti connettivi l'ulcera, nel decorso della sua ricostituzione, non presenta sempre un costante processo di granulazione; essa rimane scavata e l'epidermizzazione dei margini dovendo, per così dire, andare all'incontro del tessuto centrale tardo, la cicatrizzazione è lenta, atonica. È il momento in cui sarà opportuno di liberare i margini dalle croste, di ritoccare leggermente con nitrato, di ripassare qualche pennellazione di tintura di iodio o di tintura di aloe, e, al bisogno di riattivare il fondo col cucchiaio tagliente.

In casi simili si potrebbe anche far ricorso alle iniezioni intramuscolari di calomelano, le

quali, secondo Gastou e Anghelovici, sarebbero utili nelle ulceri anche non dipendenti dalla sifilide, determinando una « vera infiammazione tossica prodotta dal sangue mercurializzato che agisce sugli elementi cellulari dei capillari e dei linfatici, infiammazione che sostituisce ad un tessuto di apparenza linfatico cavernoso ed infiltrato di leucociti, un tessuto di bottoni carnosi a tendenze connettiva ».

Nei due casi di gomme ulcerate e fagedenizzate (Hammed ben Mohammed e Selima ben Teleg Mohammed), l'azione di 4 nell'uomo e di 3 iniezioni di gm. 0.10 di calomelano nella donna, hanno prodotto ottimo risultato.

La medicatura deve essere rinnovata ogni giorno: nei casi in cui essa non fu possibile che dopo 2-3 giorni, lo stato dell'ulcera fu sensibilmente peggiorato. Tuttavia, specie quando l'ulcera sia in buono stato di granulazione o presenti carattere atonico, la medicatura quotidiana non sarà più di assoluta necessità: in questi giorni delle feste mussulmane del Baican, parecchi malati non peggiorarono sebbene non siano venuti regolarmente al dispensario.

Se dunque, per necessità di cosa, dei soldati debbono prender parte ad operazioni militari, il medico non sarà sempre troppo esigente; ma in questo caso sarà bene procedere ad una medicatura più resistente, come si potrebbe ottenere, ad es., con la colla di Unna (acqua, glicerina ana gm. 80; gelatina; ossido di zinco ana gm. 20) e consecutiva fasciatura con bende di garza amidata.

Profilassi. — Da quanto si è detto appare evidente che la questione del fagedenismo non è ancora completamente risolta; però è ormai fuori dubbio che lesioni le più svariate dei tegumenti possono ad un tratto e rapidamente assumere tale carattere distruttivo da imprimere alla malattia primitiva un carattere così nettamente speciale e costante, da autorizzarci e far uso della denominazione di ulcera fagedenica, pure essendo, in origine, di natura etiologica diversa.

In altri casi, e questi sono la quasi assoluta maggioranza durante alcuni periodi di endemo-epidemia, il fagedenismo sembra sorgere come infezione primitiva, da lesioni traumatiche per sè stesse destinate, in condizioni ordinarie, a guarire in tempo brevissimo, come ad esempio, minime erosioni, scalfitture, acne, ecc.; ed allora la lesione può e deve essere considerata come entità a sè, etiologicamente e clinicamente delimitata. Nel primo caso il fagedenismo può essere denominato dalla lesione primaria, ulcera sifilitico-fagedenica, leproso-fagedenica, ecc.; nel secondo caso resta la denominazione semplice di ulcera fagedenica.

Comunque sia, profilatticamente permane un fatto costante comune a tutte queste manifestazioni fagedeniche; è la contagiosità, nonostante i risultati poco esaurienti di inoculazione negli animali.

Ma la storia del fagedenismo nautico a bordo dei piroscafi trasporto-emigranti, la statistica delle truppe operanti nelle colonie, le frequenti auto-inoculazioni nei portatori di ulcera fagedenica, dimostrano l'evidenza di questo fatto.

Fig. 2. – In basso ulcera da autoinoculazione.

Spetta dunque al medico di pensare a vere e proprie norme di profilassi ogni qualvolta il pericolo si presenta. Ora che noi abbiamo qui in Libia contingenti sempre più numerosi di truppe indigene che dovranno operare in condizioni di massima facilità per lo sviluppo del fagedenismo, e che anche numerosa parte delle popolazioni indigene saranno sempre più a contatto, per ragioni di lavoro, coi nostri connazionali, noi dovremo invigilare ad evitare ogni condizione di terreno e di contagiosità, curando, isolando i malati e dando a tutti quei consigli che sono i più indicati.

Le abitazioni dovranno essere aereate e secche, le vie mantenute in istato di facile scolo delle acque: si dovrà proteggere e medicare fin dal principio ogni ferita o minima lesione della pelle. Le stesse punture di zanzare, di sanguisughe e il contatto prolungato di acqua

salmastra sembrano esser pericolose (Le Roy de Mericourt). Le marce dovranno esser sorvegliate, a causa delle facili lesioni ai piedi. In caso di infezioni si dovrà praticare la disinfezione degli ambienti, e, se occorre servirsi del fuoco.

Nella seduta del 9 gennaio 1896, Gaucher e Touvenaint chiedevano ai membri della Società di dermatologia e sifilografia di Parigi, quale condotta si fosse dovuto tenere nei casi ribelli di *plaie annamite*: appare dunque evidente che l'ulcera fagedenica può costituire un danno reale e di carattere persistente.

Eppure l'ulcera fagedenica è evitabile e facilmente domabile al suo inizio: noi dobbiamo farlo comprendere anche agli indigeni e dare loro i consigli necessari.

Alle norme d'igiene generale, alle opportune misure contro le cause cachettizzanti, si potrebbe quindi aggiungere una bene intesa volgarizzazione, fra queste genti, dell'uso della tintura di iodio, come già, in condizioni similari ebbe a consigliare il Salomoni in Italia. Qui in Libia si potrà anche raccomandare l'uso del decotto di henna, pianta che si trova con grande facilità, e le cui proprietà coloranti sono già utilizzate per la colorazione della punta delle dita, in certe circostanze di festa, e contro la canizie dalle stesse donne berbere. Il malato dovrà inoltre far sollecito ricorso all'opera del sanitario; e questi dovrà ricordarsi che P. Manson, Plehn ed altri insistono sulla necessità del suo isolamento.

Tripoli, novembre 1912.

BIBLIOGRAFIA.

1. LE ROY DE MÉRICOURT. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Paris, 1876.
2. E. ROCHARD. Stesso dizionario - Articolo: *Cocincina*.
3. JEANSELME. *Précis de Dermatologie tropicale*. Paris, 1904.
4. HALLOPEAH et APERT. *Pathologie générale*. Paris, 1904.
5. LE DANTEC. *Précis des maladies exotiques*. Paris, 1905.
6. MENSE. *Trattato malattie tropicali*. Traduz. italiana, 1906.
7. P. MANSON. *Malattie paesi caldi*. Ediz. francese, 908.
8. ACHALME. *Traité d'Hygiène* di Chantemesse e Mosny. Vol. XVII, Parigi, 1911.
9. GUIART e GRIMBERT. *Preciso diagnostica chimica*, ecc. Paris, 1906.
10. BOUFFARD. Annales de Médecine et Hygiène Coloniales, 1906.
11. BROCQ. *Trattato di dermatologia*. Paris, 1907.
12. GABBI e SABELLA. *Malattie cutanee a Tripoli*. 1912.
13. W. SCHOLTZ. Clinica Contemporanea - E. V. Leyden e F. Klemperer.
14. F. LACAVA. *L'ulcera tropicale a Bovalino*. Malaria e malattie dei paesi caldi, 1911.
15. A. SALOMONI. Gazzetta Ospedali e Cliniche. 1911.
16. N. PENDE. Policlinico, Sezione chirurgica, 1907.
17. MATZENAUER. Riforma Medica, 1900-901.
18. HARMANN. Riforma Medica, 1901,
19. CARDAMATIS e MELISSIDIS. Presse Médicale, 1912.
20. THIBIERGE. Presse Médicale, 1912.
21. SCHÜFFNER. *Intorno all'ulcera tropicale*. Annali medicina navale, 1912, pag. 656.

SUNTI E RASSEGNE

DIAGNOSTICA.

Contributo alla diagnosi differenziale tra ulcera gastrica ed ulcera duodenale.

(A. SOMMERFELD. *Archiv für Verdauungskrank.*, Bd. 19, H. I).

Le statistiche degli autori inglesi ed americani di questi ultimi anni hanno dimostrato che l'ulcera duodenale è più frequente di quello che finora si ammetteva: i rapporti numerici coll'ulcera gastrica mentre nei primi lavori di Mayo e Moynihan (1905-906) sarebbero di 1:4, dalle statistiche più recenti di Mayo (1907) risulterebbero come 3:2. Dai lavori più recenti tedeschi le cifre si avvicinerebbero piuttosto a quelle prime di Mayo e Moynihan (Dietrich 35:99, Kehr 29:94, von Hansemann 21:46). L'A. su 56 casi di ulcera gastrica e duodenale venuti all'autopsia ha trovato 22 volte un'ulcera duodenale e 34 volte un'ulcera gastrica; i rapporti sarebbero così di 1:1.5.

Una diagnosi esatta della localizzazione dell'ulcera è tanto più necessaria in quanto da essa dipende la prognosi dell'affe ne: ognuno infatti sa che nell'ulcera duodenale si hanno le emorragie violente, spesso mortali, il pericolo della perforazione è anche grande, però a differenza

dell'ulcera gastrica esiste poca tendenza alla degenerazione cancerosa. Esiste nell'ulcera duodenale una possibilità alla guarigione cicatriziale, sebbene l'Hansemann ed il Rosenbach siano alquanto scettici in proposito.

Riguardo alla possibilità di diagnosi differenziale tra ulcera gastrica e duodenale il Moynihan si mostra piuttosto ottimista: il Boas e con esso la massima parte dei clinici europei ritengono che in alcuni casi la diagnosi di ulcera duodenale si può fare con sicurezza, per lo più invece si può solo sospettare. I sintomi che generalmente si mettono in rapporto con un' ulcera duodenale sono: dolori che insorgono parecchie ore dopo i pasti, anche a digiuno e nella notte; localizzazione dei dolori a destra dell'epigastrio ed aumento della tensione del muscolo retto dell'addome, ipersecrezione con anticipo nello svuotamento dello stomaco, periodicità dei disturbi molto spiccata.

Prima di analizzare il valore dei singoli sintomi da quel che risulta dalla statistica dell'A. è necessario accennare ai sintomi che ci fanno pensare ad un'ulcera dello stomaco o del duodeno: prescindendo dai casi in cui un'ulcera decorre latente, per lo più esistono dolori che variano però d'intensità e vanno da un senso di pressione dolorosa a sensazioni di dolore atroce, che aumentano colla pressione, coll'ingestione di sostanze irritanti e non bene masticate, troppo calde o troppo fredde o per fattori psichici: spesso nell'acme del dolore si ha vomito, a cui segue un miglioramento dei disturbi. Il riposo, l'ingestione di sostanze alcaline ed anche del latte attenuano i dolori.

Il criterio differenziale più importante tra ulcera gastrica o duodenale sarebbe il tempo d'insorgenza dei dolori, i quali nell'ulcera gastrica si provocherebbero subito dopo l'ingestione di cibo o al massimo dopo un'ora da esso, nell'ulcera duodenale si produrrebbe dalle 2 alle 4 ore dopo il pasto od anche più tardi. Esistono però casdi ulcera del duodeno sicuramenta dimostrati (Ewald) in cui si hanno dolori subito dopo i pasti, d'altra parte molti casi d'ulcera gastrica presentano dolori tardivi ed anzi questi sarebbero caratteristici dell' ulcera pilorica. Dalla statistica dell'A. risulta che il dolore precoce (da 1 a 2 ore) si riscontra per lo più (75 %) nell'*ulcus ventriculi*, però esistono casi tipici di ulcera duodenale con dolori precoci, anche dopo un' ora dai pasti. Quanto ai dolori tardivi l'A. ha riscontrato che i dolori insorgenti dalle 3 alle 6 ore dopo i pasti si possono avere anche nell'ulcera dello stomaco, però si possono considerare come caratteristici dell'ulcera pilorica e duodenale.

L' insorgenza dei dolori a stomaco digiuno e nella notte ritenuta costante dell'ulcera duodenale per quanto siano riscontrati dall'A. per lo più nell'ulcera duodenale pure furono notati anche in casi di ulcera gastrica e pilorica. Lo stesso si deve dire per quel che riguarda l'attenuarsi dei dolori nel mangiare, bere o in seguito all'ingestione di sostanze alcaline.

Per quel che si riferisce alla localizzazione dei dolori l'esperienza dell'A. dimostra che la localizzazione all' epigastrio si può avere sia nelle ulcere dello stomaco che nelle piloriche e duodenali, però è più frequente nelle ulceri dello stomaco, la localizzazione nell'ipocondrio sinistro si ha esclusivamente nelle ulceri dello stomaco, a destra si può avere nell'ulcera dello stomaco in un punto lontano dal piloro più frequentemente però nell'ulcera pilorica ed ancora con maggior frequenza nell'ulcera duodenale.

Per quel che si riferisce all'irradiazione dei dolori l'A. ha notato che nell'ulcera duodenale per lo più il dolore s' irradia verso destra, nella gastrica verso sinistra sia anteriormente che al dorso, però esistono numerose eccezioni a tale regola.

La mancanza di punti dolorosi alla pressione si verifica più frequentemente nell'ulcera duodenale e, quando questi esistono, il punto doloroso mediano parlerebbe più per un'ulcera gastrica, però si può avere anche nell'ulcera pilorica e duodenale. La dolorabilità circoscritta sotto all'arcata costale sinistra si avrebbe solo nell'ulcera gastrica, sotto l'arcata costale destra si avrebbe prevalentemente nell' ulcera pilorica e duodenale, però non mancherebbe nell'ulcera gastrica; la dolenzia circoscritta alla pressione nel punto di Mendel (a destra dell'ombellico a metà distanza tra questo e l'arcata costale) sarebbe caratteristica dell'ulcera pilorica e duodenale.

Quanto ai punti dorsali, la loro mancanza è stata riscontrata più frequentemente nell'ulcera duodenale, la loro presenza a sinistra o prevalentemente da questo lato si avrebbe più spesso nell'ulcera gastrica ma anche nella duodenale, a destra o nell'ulcera duodenale o nella pilorica.

La rigidità del muscolo retto dell' addome avrebbe un valore relativo, perchè si può avere nelle più svariate affezioni e nell'ulcera duodenale per lo più manca.

Quanto al vomito è concorde l'opinione degli autori nell'ammettere una minor frequenza nell'ulcera duodenale che nella gastrica e sembrerebbe di un certo valore la circostanza che nel primo caso il vomito è costituito da succo gastrico commisto più o meno intimamente a bile, mentre nel secondo caso si tratterebbe sempre di vomito alimentare.

Il chimismo gastrico si comporta di regola nel modo seguente: nell'ulcera gastrica esiste ipercloridria nella metà dei casi, nell'ulcera duodenale in circa quattro quinti dei casi, e qui i valori dell'acidità totale raggiungono cifre molto più elevate che nell'ulcera gastrica ed anzi in quella si verifica con grande frequenza una ipersecrezione che si rivela colla presenza nello stomaco digiuno di 20-100 cmc. di liquido fortemente acido.

Anche il pilorospasmo, costituito cioè da accessi di dolori all'epigastrio con ritardo dello svuotamento dello stomaco e vomito o anche l'insufficienza motoria intermittente si avrebbe più frequentemente nell'ulcera duodenale.

La periodicità dei periodi dolorosi in seguito ad errori dietetici, *surmenage* fisico o psichico, o stagione (specialmente d'inverno, Moynihan) sarebbero quasi caratteristici dell'ulcera duodenale e ciò risulta abbastanza evidente anche dalla statistica dell'A. Questo sintomo non è però sufficiente ad escludere un'ulcera gastrica.

Quanto alle emorragie occulte si può dire che sono ugualmente frequenti nell'ulcera gastrica o duodenale, l'ematemesi si può avere anche nell'ulcera duodenale; ma la melena senza ematemesi parla quasi sicuramente in favore di un'ulcera duodenale.

Dalle considerazioni suesposte si può concludere che non esiste un sintoma caratteristico dell'ulcera duodenale: si può dire che i segni più importanti per questa diagnosi sono il dolore tardivo e la periodicità dei disturbi, un certo valore lo hanno pure i reperti del succo gastrico e la sede del dolore alla palpazione o le irradiazioni del dolore spontaneo. Sicuramente si può affermare che spesso non basta la sola anamnesi per stabilire una diagnosi come vorrebbero gli autori americani. La disamina accurata di tutti i sintomi potrà nella massima parte dei casi rischiarare i dubbi diagnostici.

PAOLO ALESSANDRINI.

Per la diagnosi differenziale fra leucemia acuta e setticemia.

(*Medizinische Klinik*, n. 13).

Nelle malattie febbrili non dovrebbe venir mai trascurato l'esame del sangue, così ritiene il prof. Stursberg, poichè un preparato del sangue ben riuscito può mettere il medico sulla giusta via della diagnosi nei casi di dubbia interpretazione. Così si tratterà di tifo, se l'esame ematologico dimostrerà all'inizio della malattia una leucopenia ed in un periodo ulteriore anche un relativo aumento dei linfociti. La diagnosi poi della leucemia acuta, che non dà manifestazioni proprie caratteristiche e che si combina nel suo decorso ulteriore assai spesso a stati setticoemici, non può farsi assolutamente che in base al reperto ematologico. Però questo reperto non è sempre di facile interpretazione. Così p. es. quando pur essendovi deviazione dalla norma, per ciò che riguarda il numero relativo delle diverse forme di leucociti, non hanvi però anomalie di configurazione e neppure un aumento numerico *in toto* di essi.

All'A. è occorso di osservare il caso di un fanciullo venuto a morte con sintomi di grave setticemia. L'infezione ebbe per punto di partenza la cavità orale ed era di natura streptococcica. L'esame del sangue *in vitam* aveva dimostrato un notevole aumento di linfociti, cioè, 9000 per cmc. (invece di 1200-2000) fra forme giovani, adulte e di passaggio. Eritrociti 2 milioni. Trattavasi di una semplice setticemia oppure d'una setticemia combinata a leucemia? Le tossine dello streptococco potevano avere enormemente eccitato il sistema linfatico dell'infermo similmente a quanto fanno le tossine del tifo? L'A. propendeva a ritenere si trattasse di vera leucemia acuta come malattia primitiva. Lo inducevano a questa opinione l'ipertrofia glandolare, le ecchimosi della cute e della mucosa ed in particolar modo la diminuzione numerica dei leucociti *in toto* riscontrata poche ore prima della morte. Reperto necroscopico: midollo della tibia di colorito rosso-scuro, numerosi focolai emorragici nel cervelletto, nel cuore, nello stomaco, placche del Payer e follicoli intestinali intensamente pigmentati, milza e fegato aumentati di volume e di colore biancastro. Ma decisivo fu solamente il reperto microscopico, che dimostrò chiaramente la coesistenza della setticemia colla leucemia linfatica. Infatti nel midollo osseo e nella milza si osser-

vano numerosi focolai di linfociti e nel fegato osservansi tra i lobuli numerose infiltrazioni parimenti di linfociti; nella milza, inoltre, si notano dei focolai streptococcici. È stata la leucemia, secondo l'A., che ha preparato in questo caso il terreno all'infezione streptococcica.

L'A. si pone il quesito se debbasi ammettere una leucemia acuta quando nel preparato del sangue d'un setticemico si trovino in numero preponderante linfociti di struttura normale. A tale proposito l'A. cita il caso d'un individuo robustissimo di 43 anni, morto nella clinica chirurgica di Bonn 24 ore dopo esservi stato ricoverato. Detto individuo presentava numerose macchie ecchimotiche agli arti inferiori, sul dorso delle mani qua e là qualche flittene, aspetto carbonchioso della mucosa orale, infiltrazione delle glandole del collo e di altre regioni, ma non aumento di volume della milza. L'esame del sangue dimostrò di notevole una spiccatissima leucopenia e precisamente 900 leucociti per cmc. quasi tutti esclusivamente rappresentati da forme linfocitiche senza granulazioni.

La coltura del sangue nel brodo fece sviluppare numerose colonie di streptococchi. Gli eritrociti erano normali per forma e per numero. All'esame necroscopico nulla di notevole e neppure l'esame microscopico non dimostrò nulla di anormale nel midollo osseo delle tibie e delle coste. Solo non vi si trovarono affatto cellule con granulazioni. Dunque non v'erano dati per fare diagnosi di leucemia ma bensì di sepsi streptococcica. Il Türck cita due casi simili di setticemia con assenza di leucociti granulosi.

Conviene dunque ammettere, conclude l'A., che occorrono dei casi in cui il reperto del sangue farebbe pensare ad una leucemia acuta senza che la necroscopia faccia rilevare alterazioni ad essa riferibili. Le tossine dello streptococco hanno, come è noto, azione eccitante sul sistema generatore dei granulociti quindi il reperto del sangue nel secondo caso dell'A. ed in quelli del Türck può venire considerato come l'espressione di una speciale anomalia del sistema granulocitico. Invero però una differenziazione netta fra tali casi e quelli di setticemia combinata ad una leucemia acuta linfatica senza notevole aumento di leucociti non ci è peranco dato di fare in base alle nostre odierne cognizioni in proposito.

BELOSERSKY.

MEDICINA PREVENTIVA.

Profilassi dei carcinomi.

(THEILHABER. *Wiener klinische Wochenschrift*, 2 gennaio 1913).

Raramente, e forse mai, i carcinomi prendono origine da un tessuto sano. L'affezione che d'ordinario precede il carcinoma e che deve ritenersi sovente come la vera causa della formazione del carcinoma è l'atrofia avanzata del tessuto congiuntivo subepiteliale, con consecutiva degenerazione delle cellule congiuntivali, diminuzione del loro numero e stenosi dei vasi sanguigni. Le cause più frequenti che preparano tali alterazioni del congiuntivo sono i traumi, le cicatrici e le infiammazioni croniche. Le regioni sede di tali processi assumono un aspetto cicatriziale. I vasi divengono meno numerosi, così pure le cellule connettivali, la cui proliferazione è rallentata. Tuttavia se la malattia del connettivo tende a guarire, se il suo stato di nutrizione diviene migliore è possibile di evitare la moltiplicazione sregolata delle cellule epiteliali: « la degenerazione carcinomatosa ».

Uno dei carcinomi traumatici più comuni è il cancro della mammella. Circa un terzo dei carcinomi mammari esaminati da Theilhaber avevano preso origine da una piaga. Dopo la guarigione di questa, nasceva una tumefazione senza tendenza a retrocedere e dopo un tempo più o meno lungo il tumore maligno faceva la sua apparizione. Da ciò sorge chiara l'indicazione di trattare ogni ferita della mammella in modo da non predisporre i tessuti a divenire ricettivi verso il tumore. Tale trattamento consisterà in impacchi umidi, massaggio, applicazioni di coppette, e più tardi in applicazione di aria calda e, se possibile, diatermia.

Per i cancri delle mammelle non dovuti a traumi, una delle cause più frequenti è la mastite. E per ciò necessita di sottoporre ogni donna che ha sofferte di mastite a un trattamento, da ripetersi ogni anno e consistente nell'iperemizzazione della cicatrice e della regione circostante.

La cura suggerita da Kirchberg sembra essere molto efficace: Soggiorno di 20 minuti nell'apparecchio ad aria calda, quindi massaggio energico con frizione e distensione, poi 20 minuti di applicazione di coppette, in ultimo esercizi ginnastici.

Il cancro è molto frequente nelle mammelle delle donne che non allattano, ciò deve essere un argomento in favore dell'allattamento.

I corsetti troppo serrati avrebbero parecchie volte provocati dei cancri.

Nei cancri del collo dell'utero, l'azione dei traumi uterini è molto importante. Theilhaber raccomanda di seguire la sua tecnica in ogni operazione che interessi la porzione cervicale e cioè di amputare o escidere quella parte della vagina che è maltrattata e compressa nel parto, come consiglia Schröder nell'operazione dell'ectropion.

Una parte dei cancri esaminati da Theihaber nel corpo dell'utero, era da attribuirsi a pregressa gonorrea: un trattamento adatto avrebbe forse in quei casi impedito la successiva produzione del cancro.

La sede dei neoplasmi cutanei si trova sempre a livello d'infiammazioni o cicatrici, non sarebbe quindi impossibile di procedere a delle cure adatte per prevenirli.

Il cancro del retto è sopratutto frequente nei vecchi impiegati; esso è dovuto probabilmente all'uso prolungato della posizione seduta, alla stitichezza, alle varici emorroidarie che costituiscono altrettante predisposizioni.

Le statistiche mostrano che i cancri della cavità buccale, delle fauci, dell'esofago, della laringe, ecc., sono particolarmente frequenti presso gli alcoolisti, i sifilitici e i forti fumatori. Anche contro queste predisposizioni la profilassi non è disarmata.

Sono anche importanti, dal punto di vista profilattico, le nozioni che noi possediamo sull'azione coadiuvante dell'alcool per la produzione del cancro del retto e dell'alimentazione prevalentemente carnea per il cancro dell'utero. Le cicatrici da pregresse ulceri gastriche sono il punto di partenza di molti cancri dello stomaco, ed è perciò che bisognerebbe di tanto in tanto iperemizzare tali cicatrici. Forse tale risultato si potrebbe ottenere con la diatermia e le coppette. Queste possono anche rendere dei grandissimi servizi quando è necessario di attivare la circolazione degli organi addominali.

Specialmente grave è il pericolo della riproduzione dei cancri già operati. Non è giusto di dimettere dagli ospedali gli operati di cancro dopo poche settimane di degenza, considerandoli come guariti, per riprenderli in cura solo quando la riproduzione del loro carcinoma è diventata così importante da richiamare l'attenzione del malato o del medico. Bisogna cercare di proteggere i tessuti vicini da una riproduzione o intervenire in tempo.

Le cicatrici da cauterizzazione usate per la cura del lupus o di altre malattie, presentano una grande disposizione per lo sviluppo di carcinomi. Fino a tanto che le cicatrici sono giovani, ben vascolarizzate e il loro tessuto è ricco di elementi cellulari, ben raramente servono di impianto a un carcinoma, ma quando il tessuto cicatriziale invecchia e i vasi e gli elementi diminuiscono di numero, facilmente si origina la degenerazione carcinomatosa. Uguali leggi valgono anche per il carcinoma delle infiammazioni croniche, degli organi genitali alla menopausa. La loro frequenza è in rapporto inverso colla ricchezza dei vasi e l'abbondanza di cellule mesodermiche. Più un connettivo è ricco di cellule e vasi, minore è la tendenza dell'epitelio confinante a degenerare in carcinoma.

Le recidive carcinomatose hanno luogo, almeno nei tre quarti dei casi, nella cicatrice stessa. Non ci sarebbe ragione di pensare che se il carcinoma si produce nelle cicatrici di pregressi traumi, non dovrebbe originarsi da cicatrici di pregresse operazioni. Sopratutto i carcinomi che si riproducono molto tempo dopo l'estirpazione chirurgica possono non essere dovuti a dei resti di tessuto neoplastico lasciato in sito, ma alla presenza di una cicatrice. Per tale ragione Theilhaber non tralascia mai di iperemizzare le cicatrici dei suoi operati di cancro secondo i metodi suddescritti.

Queste idee propugnate da Theilhaber, cominciano ad essere seguite ora da molti altri chirurgi. Qualcuno ha voluto osservare che Bier volendo trattare due sarcomi col metodo dell'iperemizzazione ha ottenuto dei risultati completamente opposti in quanto accelerò la marcia di tali tumori. Ma il carcinoma è una neoplasia completamente diversa dal sarcoma sia dal punto di vista etiologico che da quello clinico.

Una grande quantità di quei tumori che vanno sotto il nome di sarcomi hanno una vera predilezione per i tessuti iperemizzati e tale trattamento non sarebbe certo indicato a loro riguardo.

Secondo Theilhaber, il processo di sviluppo dei carcinomi è il seguente: Nell'organismo sano i tessuti finitimi conservano il loro « statu quo » se ogni elemento cellulare possiede una quantità data di « sostanze d'accrescimento » specifiche le quali ne permettono la proliferazione. La quan-

tità e la qualità delle sostanze di accrescimento possono aumentare per influenza di stimoli particolari come sarebbe un più grande afflusso di umori, possono invece diminuire per altre cause quale malattie delle cellule, vecchiaia, riduzione nell'afflusso di umori, ecc. Allorquando le sostanze d'accrescimento delle cellule di un dato tessuto diminuiscono, immediatamente aumentano quelle del tessuto confinante. Quando ad esempio il muscolo uterino si atrofizza, il connettivo interstiziale aumenta, se il connettivo di un organo ammala per atrofia dei suoi elementi cellulari, le sostanze di accrescimento diminuiscono e immediatamente le cellule epiteliali dell'organo prendono il sopravvento e proliferano tanto da invadere il posto normalmente occupato dal connettivo. Le regioni connettivali occupate dall'epitelio invadente, reagiscono come in presenza di un corpo estraneo, divengono sede di iperemia attiva, e iperleucocitosi, le sostanze d'accrescimento connettivale aumentano di nuovo e il congiuntivo ingloba gli epiteli proliferati che sono così distrutti. Questo è il processo abituale, se nessun impedimento è frapposto all'iperemia attiva connettivale che porta alla guarigione di tali carcinomi incipienti.

Se per altro a causa di una stenosi diffusa dei vasi e consecutiva atrofia del tessuto la reazione iperemica non ha luogo in maniera sufficiente, le masse epiteliali si dànno a un accrescimento esagerato.

Nei processi carcinomatosi ha luogo precocemente l'invasione dei vasi sanguigni e linfatici da parte del neoplasma. Quando gli epiteli invadono gli altri organi, ad esempio le glandole linfatiche, questi divengono sede di iperemia attiva e si ha la tumefezione infiammatoria glandolare, che è una reazione contro le cellule carcinomatose, sufficiente per produrre durante un certo tempo la loro distruzione. Durante questo attivo lavorio i vasi aumentano di diametro, le cellule rotonde, cellule connettivali, mastzellen e cellule giganti preparano la distruzione degli epiteli metastatici che hanno quindi una probabilità di guarigione più grande del tumore primitivo, che si sviluppa in genere un un territorio povero di vasi e in mezzo a un tessuto atrofico, anemico e povero di cellule connettivali.

Lungi dunque dal danneggiare, l'iperemia attiva è un elemento di guarigione e di distruzione dei processi carcinomatosi al loro stadio iniziale.

La profilassi contro il carcinoma è ufficio del medico di famiglia. Esso solo può indurre i suoi clienti a seguire questi sistemi di cura che sono del resto di pratica e facile applicazione onde evitare in tal modo gravi mali futuri.

Theilhaber consiglia pure di esperimentare la somministrazione di quelle sostanze che possono produrre un'iperemia attiva nel trattamento dei tumori inoperabili: glicerina al vioformio, al xeroformio, nucleintubercolina.

GOD.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Purpura fulminans di Henoch.

per il dott. T. PEPE.

Poche questioni in Clinica, sono agitate e discusse quanto la porpora emorragica; etiologia, anatomia patologica, natura, tutto è oscuro in questa affezione.

Pure un po' di luce, oggi, illumina tale capitolo delle malattie del sangue. È infatti risaputo che la porpora capita spesso nel corso di malattie infettive ben definite (vaiuolo, scarlattina, morbillo, tifoide, influenza); e non di rado si osserva durante l'evoluzione di stati setticemici ben conosciuti (infezione puerperale, setticemia chirurgica, endocardite infettiva, ecc.). Inoltre, oltre che in questi casi, delle porpore cioè infettive secondarie, si può osservare la porpora nello svolgersi di stati setticemici mal definiti, di origine ancora ignota, che non seguono nè accompagnano alcuna localizzazione infettiva, in nessun organo.

Questi ultimi casi costituiscono i tipi più perfetti delle porpore infettive primitive. Appunto in questi tipi rientra la porpora del caso che succintamente espongo, e che, per la sua evoluzione iperacuta, rappresenta il quadro della *Purpura fulminans* di Henoch.

Questi, nel 1882, ebbe a notare due casi — i primi — di emorragie cutanee molto estese e rapidamente conducenti a morte: casi molto rari, di cui nella letteratura si fa appena cenno. Il Michaelis ne ha pubblicato uno, un altro il Charron, un terzo Weill e Mouriquand, e qualche altra osservazione in proposito è di autore di cui mi sfugge il nome.

P... C... di Francesco, di anni tre, da Lecce, bambino vigoroso e florido, nato da genitori sani e robusti. Nutrito al seno materno, crebbe benissimo: dentizione normale, sviluppo scheletrico e muscolare ottimo. Nessuna malattia aveva mai avuto, neppure quei disturbi gastro-enterici, facili a verificarsi nella piccola età.

Nei primi di luglio scorso, senza causa apprezzabile, ebbe una febbretta con dei disturbi prodotti da tossiemia intestinale: vomito e diarrea. I genitori credettero che tutto dipendesse dalla dentizione; gli somministrarono un purgante e tutto finì senza conseguenza di sorta.

La notte tra il 20 ed il 21 dello stesso mese, la madre si accorse che il piccino aveva la febbre; e credendo fosse passeggera come quella di quindici giorni prima, alla mattina pensò di somministrargli nuovamente il purgante. Ma la febbre si accentuò sempre più, e questa volta senza vomiti e diarrea, nè convulsioni toniche e cloniche, ma con dei movimenti continui di rotazione dei globi oculari.

Allora i genitori, preoccupati, m'interessarono.

Osservo il bambino a mezzogiorno: la temperatura segna 40°1; noto di tratto in tratto delle convulsioni del globo oculare, intensa tachicardia alquanto sproporzionata alla temperatura, poichè il polso alla radiale è così frequente da non potersi contare.

L' addome trattabile, non dolente; fegato nei limiti normali, come la milza: respiri 64 ma regolari; all'ispezione, alla palpazione, alla percussione ed all'ascoltazione nulla rilevo di anormale nei polmoni. Toni cardiaci netti; nessun indice di turbe vasomotorie o secretorie. L'occhio è agitato, a quando a quando da convulsioni: però le pupille reagiscono precisamente all'accomodazione ed alla luce.

All'esame del sistema nervoso, non contrattura della nuca, assenza del segno di Kernig, di quello di Babinski, riflessi patellari normali. Si nota qualche piccolissima punteggiatura emorragica al collo.

Intanto l'iniezione di bicloruro di chinina non giova a nulla; un bagno caldo a 36 gradatamente raffreddato fa cadere la febbre a 38, ma ciò nonostante e a dispetto dei presidii emostatici, i gruppi di petecchie si moltiplicano, si disseminano su tutta la cute, diventano vere macchie violacee, larghe in sull'addome, sul torace, sulla faccia e sugli arti. La tachicardia persiste: verso le 16 il polso appena si percepisce; inncomincia il raffreddamento degli arti. A nulla valgono gli eccitanti ed il bambino muore per raffreddamento progressivo e coverto tutto quanto quasi da una sola macchia nerastra, dopo diciassette ore e mezzo dal principio della febbre, e dopo cinque ore e mezzo dalla comparsa delle prime petecchie.

Quale concetto diagnostico balza fuori da questa storia clinica? Si potrebbe pensare ad un tifo esantematico molto anomalo, o meglio ancora ad un vaiolo emorragico, ma tutto il processo clinico — dall'anamnesi, dall'osservazione fisica negativa all'ultimo episodio della malattia — non solo, e il non essersi verificato nessun altro caso senza avere usato nessun mezzo profilattico — demoliscono tale ipotesi. — Non affaccio neppure il sospetto d'una perniciosa malarica, poichè l'iniezione di sale di chinina, fatta a tempo opportuno, fu del tutto inefficace. Più verosimilmente si può pensare ad una setticemia, perchè lo stato di stupore rapidissimo, gli scatti convulsivi dei muscoli dell'occhio, la temperatura elevatissima, la lingua arida, adusta, la pelle cocente, l'assenza dei sudori, la tachicardia, la tendenza infrenabile all'emorragia, sono proprio i segni dello stato setticemico. L'apparizione poi delle petecchie, fin quasi dai primi albori del male, dànno una impronta speciale alla malattia del bambino che può designarsi come una porpora infettiva a decorso estremamente rapido e maligno.

Essa — come si desume da tutta quanta la storia clinica — incarna un nitido esemplare della forma denominata dall' Henoch: *Purpura fulminans*.

Come modesto contributo alla reale esistenza di questa forma d'infezione sanguigna, poichè il materiale di osservazione in proposito è ancora abbastanza scarso, mi sono permesso di pubblicare il caso attuale.

Lecce, gennaio 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 17 febbraio 1913.

Volpino. *Ricerche sulla pellagra.* — L'O. aggiunge a quelle già comunicate in varie riprese una serie di nuove osservazioni ed esperienze sulla pellagra. Esse si possono così in breve riassumere:

1° L'inoculazione endo-muscolare nei glutei di estratto acquoso di mais guasto produce nella grande maggioranza degli individui pellagrosi una reazione di ipersensibilità, consistente in un rialzo della temperatura sopra i 38° C., accompagnato da fenomeni generali transitori, come: malessere, stupore, eccitazione psichica e nervosa, acceleramento del polso e del respiro, vomito, diarrea. Qualche volta si è anche ottenuto un ravvivamento degli eritemi cutanei presenti ed una volta produzione *ex novo* di eritema sul volto, avambraccio e mani.

2° L'estratto acquoso bruto del mais sano non diede reazioni apprezzabili.

3° La sostanza attiva, separata dall'estratto per mezzo della precipitazione con alcool, produce reazioni apprezzabili già nella soluzione al mezzo per cento e nella dose di 1 cmc.

4° Questa sostanza, che l'O. chiama « pellagrogenina » può esser ricavata anche dall'estratto acquoso di mais sano, che adoperato tal quale, è invece inattivo. In quest'ultimo perciò sono

indubbiamente contenute delle sostanze neutralizzanti. Infatti, mentre l'estratto bruto di mais sano non dà reazione, una dose di pellagrogenina corrispondente a quella contenuta nell'estratto stesso inoculato, provoca la reazione. Nel mais guasto le sostanze neutralizzanti sono abolite in tutto o in parte.

5° La reazione provocata dall'inoculazione di 1 cmc. di pellagrogenina in soluzione all'1 % si ebbe nel 90 % dei pellagrosi in atto di recente ospitalizzati e nel 20 % di individui non pellagrosi.

6° Le reazioni positive, osservate in una parte degli individui non pellagrosi, si spiegano con una sensibilizzazione per via orale per opera di una diuturna, prolungata alimentazione maidica, come pure per la presenza tutt'altro che rara di pellagra latente o larvata, o di stati prepellagrosi ed infine con una possibile sensibilizzazione per opera di alimentazione quasi esclusiva con altri cereali (reazioni di gruppo).

7° Non è stato possibile ottenere reazioni specifiche per i pellagrosi con l'instillazione cutanea di una goccia di pellagrogenina nella regione del braccio. Adoperando tuttavia una soluzione forte al 10 %, si ottenne in quasi tutti gli individui un edema localizzato attorno al punto d'innesto e vivo arrossamento per 12-24 ore della superficie cutanea estendentesi all'avambraccio e qualche volta perfino al dorso della mano.

8° Non è stato possibile riprodurre l'anafilassi passiva nelle cavie con l'inoculazione prima di siero di pellagroso e 24 ore dopo di pellagrogenina.

9° Non fu nemmeno possibile ottenere reazioni specifiche di precipitazioni e di fissazione del complemento, adoperando siero di pellagroso e pellagrogenina.

10. La pellagrogenina non è tossica o quasi, per gli animali da esperimento. Infatti l'iniezione da 2 a 4 cmc. nel peritoneo delle cavie, di 15 cmc. nelle vene dei conigli, di mezzo cmc. sottodura alle cavie, di 5 cmc. sottocute di una scimmia non bastò a produrre la morte degli animali.

11. La pellagrogenina, non tossica per gli animali tenuti a vitto ordinario, diventa tossica per le cavie tenute a vitto esclusivo o preponderante di mais. In tale caso basta l'iniezione di 1 cmc nel peritoneo di una soluzione all'1 % per produrre la morte in 24 ore.

12. Le cavie tenute a mais ed inoculate al 15°-20° giorno nel peritoneo con 0.5-1 cmc. di siero di sangue di pellagroso, muoiono entro le 24 ore. Non muoiono invece le cavie alimentate con mais ed inoculate con la stessa quantità di siero di individui non pellagrosi, se non molti giorni dopo e cioè pel solo effetto dell'alimentazione maidica esclusiva. Così pure non muoiono più presto del solito le cavie tenute a vitto comune ed inoculate nel peritoneo con dosi di siero di pellagroso multiple (2-3 volte) di quelle necessarie ad uccidere le cavie tenute a mais.

13. Le cavie tenute a vitto esclusivo di mais ed inoculate periodicamente, fino a circa il 20° giorno, ogni 3-4 giorni con soluzione di pellagrogenina al 10 % deperirono meno rapidamente e rimasero in vita alcuni giorni di più dei controlli (8-10 giorni).

Vinai. *Ricerche sulle correnti ad alta frequenza.* — L'O. in una serie di ricerche fatte, applicando correnti ad alta frequenza ad indice termico molto elevato sui cani, osservò che dopo 15-16 giorni si forma un'escara che non ha alcuna tendenza a guarigione e che questa si può protrarre per 5-6 mesi, anche se l'applicazione è fatta colle massime cautele.

L'O. conclude che l'alta frequenza non è un mezzo terapeutico così innocuo come di solito si ritiene.

Morpurgo, ha studiato gli *scambi dei materiali nutrienti fra topi albini in parabiosi*, giungendo alla conclusione che dall'uno all'altro animale passano delle sostanze nutritizie, grassi, liquido, fosforo, ecc., ma non in quantità sufficienti a mantenere in vita l'animale quando sia sottoposto a digiuno completo e debba quindi vivere a spese del compagno. PIETRO SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Cenni pratici sulle irritazioni periferiche del vago

per il dott. G. MEROLILLO.

Irritazione del vago. — Si sa che i nervi vago e simpatico, da veri antagonisti, regolano la funzione del cuore: epperò alla paresi dell'uno segue predominio della funzione dell'altro, sia sotto forma di *bradicardia* che di *tachicardia*, secondo che predomina il primo o il secondo: così come alla eccitazione di ciascuno, segue accentuazione della potenzialità funzionale dello stesso nervo eccitato.

Si tenga presente inoltre la triade sintomatica che quasi costantemente si rileva nelle lesioni del vago (turbe funzionali cardio-gastro-pulmonari), perchè, in una modificazione del ritmo cardiaco, possa escludersi *a priori* una genesi simpatica.

***

Ciò premesso, se la *irritazione* è l'azione di un agente, capace di determinare da una semplice modificazione nel metabolismo cellulare, fino ad una azione locale iperemizzante o addirittura flogistica, è evidente che la irritazione del vago deve determinare a volta bradicardia, al pari che la eccitazione dello stesso, a volta tachicardia, se il nervo diventa paretico.

La eccitazione invero non è che il primo momento della irritazione; una modalità di questa: l'azione dello stimolo capace di determinare un cangiamento nello scambio di materia e di energia.

Il Bouveret, come il Freyan e il Rosenfeld, a proposito della tachicardia, conseguente alle aortiti e periaortiti, hanno affermato che essa è prodotta da irritazione nei filetti terminali del vago: fenomeno constatato e confermato da reperto anatomico di Apert, Jouanneau, Desplat e Chauffard. Il Castellino, trattando della tachicardia da paralisi del vago, nota che questa *può essere in dipendenza di irritazione dello stesso nella maggioranza dei casi... Non sempre però la tachicardia è preceduta da rallentamento del polso.* Per tal modo, la paresi del nervo sarebbe anche immediata alla irritazione.

***

Cominciamo dal distinguere due ordini di fenomeni, i quali possono dar luogo ad una irritazione: fenomeni meccanici e lesioni di natura infiammatoria.

Fanno parte dei primi tutte quelle lesioni, le quali, senza alterare la struttura anatomo-istologica del nervo, ne turbano la funzione, eccitandolo: tali sono i tumori, che lo comprimono lungo il decorso, l'elettricità, uno stimolo meccanico in genere.

A simili agenti il nervo non può rispondere che con una accentuazione della sua attività funzionale: si ha quindi *bradicardia*.

Dall'altra parte, vi ha lesioni di natura infiammatoria, le quali possono irritare il vago, sia lungo il decorso, che nelle sue ultime diramazioni.

Quì la integrità del nervo non può essere rispettata. Non si riscontra infiammazione — per quanto localizzata — di un organo, la quale non si esplichi su tutti gli elementi anatomici dei tessuti lesi: tali lesioni dànno come diretta conseguenza una neurilemmite infettiva o tossica, ascendente, del nervo stesso, per cui questo resta interrotto nella sua continuità. È a tale paresi che segue predominio dell'antagonista; epperò alle irritazioni del vago, di natura infiammatoria (aortiti, periaortiti, intossicazioni di esso, ecc.) segue *tachicardia*.

***

Questa, peraltro, va intesa come una distinzione puramente schematica; imperocchè non sempre essa è così netta da non ingenerare dubbi nella diagnosi differenziale.

È degno di nota che la infiammazione di un organo può determinare sui tessuti nervosi, per qualche tempo, fenomeni di semplice eccitazione, per compressione; come uno stimolo meccanico può segnare l'inizio di una vera e propria infiammazione *traumatica* del nervo, non solo, ma annullarne altresì la funzione per strozzamento completo del tronco, o dei rami terminali.

Nondimeno, a parte quest'ultima forma di paresi del vago, che, per essere una tardiva conseguenza della compressione, non farà dubitare della sua genesi, la distinzione fatta permette, in tesi generale, un orientamento di diagnosi - 1ª

quale però, in ogni caso, dovrà essere confermata da un diligente esame della regione toracica.

***

Di rincontro, se la natura della causa irritante, come si è detto, può prospettarsi quale diagnosi di probabilità, torna più sicuro, dalle modificazioni del ritmo cardiaco, giudicare di possibili alterazioni determinatesi nel vago; dappoichè, data una irritazione di esso, il ritmo varia, sempre in rapporto con la integrità o meno dei suoi elementi nervosi.

In effetti, quantunque dalla semplice eccitazione alla paresi del nervo, in materia di infiammazione, debba ammettersi una lunga serie di stimoli, spesso non precisabili nelle fasi evolutive, è indubitato che il nervo risponderà sempre come ad una eccitazione, fino a che non si determina flogosi almeno della guaina di Sckwann, una con tessuti interstiziali e perivasali.

Così si avrà pure, nelle eccezioni, di cui sopra, una bradicardia conseguente a lesioni infiammatorie, oppure una tachicardia da stimolo meccanico; ma, nell'un caso e nell'altro, il *momento* causale, relativamente all'azione immediata che si esplica sul nervo, sarà: meccanico, la prima volta, infiammatorio, la seconda; mentre gli elementi anatomici di esso saranno integri, nel primo caso, lesi nel secondo.

Riassumendo:

In una modificazione del ritmo cardiaco, nella cui patogenesi non può invocarsi una alterazione dei nervi acceleratori provenienti dal simpatico, si diagnosticherà una *irritazione* del vago, che, nella maggioranza dei casi, sarà: meccanica nella *bradicardia*, infiammatoria nella *tachicardia*.

In ogni caso poi, gli elementi anatomici del nervo stesso saranno integri nell'una, lesi nell'altra.

Comigliano (Caserta) 1913.

BIBLIOGRAFIA.

APERT. Bulletin médical, 1889, p. 581.

BOUVERET. *De la tachycardie paroxystique essentielle.* Revue de Médicine, 1889, S. 755.

CASTELLINO. *Lez. di Sem. e Pat. spec. med. del cuore e dei grossi vasi*, p. 1374.

GIOFFREDI. Dizionario. Rubino.

JOUANNEAU. *De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.* Thèse de Paris, 1890.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Carcinomi e nematodi.

Il prof. I. Fibiger (*Berl. Klin. Woch.*, n. 7, 1913) ha riscontrato nel ratto decumano dei tumori papillomatosi dell'antistomaco ospitanti dei nematodi, gli epirotteri.

Esperienze diligenti ulteriori lo hanno portato ad ammettere che ospite intermedio di questi parassiti è la *Periplaneta americana* (già nel 1878 dal Galet era stata sospettata la *Periplaneta orientalis* o blatta comune delle cucine).

I topi s'infestano mangiando le blatte. Molti esperimenti di controllo sono stati eseguiti al riguardo. La trasmissione diretta non ha luogo.

In quattro topi, su 118 alimentati con blatte, si svilupparono tumori infiltranti di natura nettamente carcinomatosa.

Queste ricerche comproverebbero un'ipotesi già avanzata da Borel e da Haaland, secondo cui nei topi e nei ratti lo sviluppo dei tumori maligni potrebbe essere determinato da nematodi.

Anche numerose osservazioni verrebbero ad essere chiarite dalle ricerche sperimentali di Fibiger.

Ad esempio Wasielewsky rinvenne una specie di *Dispharagus* nelle proliferazioni papillomatose dello stomaco di colombo; Tsukioka dimostrò un'eterotopia epiteliale nel parassitismo da ascaridi nello stomaco di scimie; Löwestein un'iperplasia epiteliale con papillomatosi nel parassitismo da *Trichosoma* nella vescica dei ratti; Haaland e Bashford riferirono sui carcinomi primari del fegato di vacche distomatosiche.

La patologia umana conta pure osservazioni simili.

Per la maggior parte sono relative a trematodi; così l'importanza etiologica della Bilharzia può valere come dimostrata; quella dell'*Ospistorchis felineus* è stata riconosciuta da Askanazy nel carcinoma primario del fegato, ed analoga importanza deve attribuirsi secondo Katsurada, Fuzii, Yamagina e Watewate al *Distormum spatulatum* e al *D. japonicum*.

Meno definito è il compito dei trematodi; tuttavia sin dal 1863 Klopsch pensò ad un rapporto fra trichina e carcinoma e nella letteratura medica sono consegnate numerose osservazioni (di Langenbeck, Klopsch, Linstow, Babès, Groth, Strandgaard), secondo cui in trichinomatosi cronici si è sviluppato il carcinoma, in organi viciniori ai muscoli affetti da trichina, ad esempio nel seno.

Concludendo, Fibiger presume che anche nella patologia umana debba assegnarsi un posto — sia pure modesto — agli elminti fra gli agenti produttori di blastomi. I. T.

CASISTICA.

Diagnosi etiologica precoce delle affezioni arteriose.

Il Piatot (*Paris Médical*) riferisce un caso di aortite e di aneurisma aortico sopravvenuti nel decorso di una sifilide ignorata e misconosciuta, di cui costituirono la prima ed unica manifestazione.

Delsouiller nella sua tesi cita dei casi analoghi, di 33 pazienti in cui la WR fu positiva, 26 negarono ogni infezione luetica e nella grande maggioranza dei casi non si trovava nel passato patologico di questi malati, nè precedenti, nè traccie di infezione sifilitica.

Donath ha segnalato dei casi analoghi ed ha perciò proposto di praticare la WR in ogni soggetto affetto da aneurisma dell'aorta. L'influenza della sifilide, s'afferma, dice questo autore, allorchè ci si trova in presenza di traccie non equivoche dell'infezione luetica (esostosi, cicatrici, leucoplasia orale) o della sindrome aortite e del segno di Argyll-Robertson, che in seguito ai lavori di Babinski e Vaquez deve essere considerato come una stigmata di sifilide. Infine deve considerarsi la sifilide come causa di aneurisma, quando questo migliora in seguito a cura mercuriale.

Orbene molti autori negarono l'origine sifilitica di tali manifestazioni, col pretesto che il trattamento specifico era spesso inefficace; ma era inefficace per insufficienza delle dosi adoperate.

Talora pertanto si sono visti sotto l'influenza della medicazione iodurata pura dei miglioramenti e perfino la guarigione, tanto che Durozier ebbe a scrivere che il ioduro rappresentava per gli aneurismi ciò che era la digitale per il cuore.

Bouillaud riferì nel 1859 il caso di un uomo affetto da aneurisma aortico doppio, nel quale si manifestò in seguito all'uso di dosi quotidiane di 2.5 gr. di KI una diminuzione molto manifesta del tumore esterno.

Rendu ha segnalato un fatto analogo. Huchard su 37 malati ebbe 15 volte dei miglioramenti evidenti mercè la medicazione iodurata sufficientemente prolungata.

Young ha anche segnalato dei miglioramenti progressivi sotto l'influenza di 2 a 12 grammi di ioduro di potassio. Talchè Bonnet ha potuto scrivere che bisogna ricercare sistematicamente l'aortite e l'inizio dell'aneurisma nei sifilitici, poichè è specialmente nel periodo pre-aneurismatico che l'azione terapeutica è quasi certa. Quindi l'autore, ed a tale proposito come il Fred Harris insiste sull'importanza della WR per scoprire la lues nell'etiologia delle affezioni dell'aorta, pensa che bisogna ricercare la sifilide in tutti i casi di aneurisma e di aortite.

Orbene noi possediamo nella WR un controllo biologico di primo ordine. Positiva, essa viene a confermare una sifilide conosciuta od a rivelare una sifilide ignorata; se è negativa, non per questo è abbattuto il diagnostico di lue perchè la reazione può mancare nei sifilitici, nei quali la malattia non è in periodo di attività (Widal). È allora che si potrà, istituendo la cura specifica, ottenere la riattivazione biologica della WR (Milian) o controllare il risultato negativo della WR mercè la reazione di Hecht-Weinberg (Leredde).

Una volta ammessa la sifilide, conviene istituire il trattamento più opportuno. Hirtz e Braun riferiscono di un malato affetto da aneurisma nel quale sotto l'influenza di una iniezione intramuscolare di 606 (0.30), si vide una diminuzione molto pronunciata del tumore esterno. In un malato di Vaquez tre iniezioni addussero allo stesso risultato. Tuttavia la maggioranza degli Autori non è favorevole all'uso dell'arsenobenzolo in consimili contingenze.

Schlesinger considera gli aneurismi quale una controindicazione al metodo di Ehrlich. Così anche Weintraud. Al Congresso di Koenigsberg Ehrlich stesso riferì un caso di morte sopravvenuto in seguito alla rottura di un aneurisma dell'aorta a Serajewo in un malato di Kobber, ed altri casi di Fränkel e di Grownen.

Erich Hoffmann ha segnalato in seguito a queste iniezioni febbre (39°.5) e dilatazione acuta del cuore con soffio di insufficienza mitrale funzionale.

È dunque più prudente ricorrere al trattamento mercuriale mercè iniezione di sali solubili, ed al trattamento iodurato, poichè se questo trattamento influenza poco degli aneurismi antichi, ha spesso un'azione pronunziata sulla mediastinite specifica peri-aneurismatica, che è la causa di una parte dei disturbi patologici imputati all'ectasia e dovuti in realtà a queste lesioni (Babonneix e Baron).

Si farà sia un'iniezione di 2 cmc. di bi-ioduro di mercurio intramuscolarmente tutti i giorni durante 10-15 giorni; sia una iniezione di 2 ctgr. di benzoato di mercurio anche intramuscolarmente e durante lo stesso tempo.

Altri autori preferiscono l'uso endovenoso del cianuro di mercurio. Questo processo è raccomandabile quando vi è bisogno di agire subito.

In quanto al ioduro la dose deve essere media: 2 grammi al giorno in due volte venti giorni al mese e la cura deve essere prolungata molto tempo. Hirtz consiglia di non oltrepassare 0.25

al giorno allo scopo di evitare complicazioni polmonari e per converso altri autori consigliano dosi molto più elevate, 5-6 gr. *pro die*.

Però le dosi medie sono le più tollerate e le più utili. TRAMONTI.

Sifilide latente nel corso delle cirrosi e delle nefriti croniche.

In una comunicazione presentata nella seduta del 27 giugno 1912 nella *Société de l'internat* (v. *Bulletin*, giugno 1912, n. 5) M. Letulle e A. Bergeron riportano i risultati delle indagini serologiche su individui affetti da malattie croniche ed entrati nell'ospedale Boucicaut.

È stata dagli AA. praticata la reazione di Wassermann in 46 casi di nefrite cronica e in 18 malati affetti da epatite cronica.

Sulle 46 nefriti croniche 34 diedero reazione negativa, 12 reazione positiva. Solo tre di questi 12 malati confessarono antecedenti sifilitici negli altri la lue era ignorata. In un caso fu possibile per il reperto autoptico dimostrare accanto alle lesioni renali altre lesioni gravi (endoaortite ed endoarterite cerebrale) a carico dei vasi; negli altri non si potè dimostrare quanto valore avesse l'infezione certa esistente nelle lesioni renali; la cura mercuriale tentata non diede notevole miglioramento sulle condizioni dell'albuminuria e nelle altre qualità dell'urina.

Tra i 18 malati affetti da epatite cronica 7 volte la reazione di Wassermann risultò positiva; tra questi in 6 si trattava di cirrosi ipertrofica, in uno solo di cirrosi atrofica di Laënnec.

Cinque tra di essi presentavano lesioni che potevano far pensare alla sifilide (testicolo indurato, leucoplasia linguale, perforazione del palato, pregressa ulcera dura).

Sulle nefriti croniche e sulle cirrosi dunque la Wassermann rivela fatti e coincidenze inaspettate che ravvicinano queste infermità croniche agli aneurismi e alle emiplegie dei giovani.

Il Leredde nella stessa seduta prende la parola per confermare i dati esposti dagli AA. e per incoraggiare in casi consimili a sperimentare l'uso del salvarsan, innocuo per il rene e dal quale grandi benefizi si possono attendere. *t. p.*

Variazioni della reazione di Wassermann durante la cura della sifilide.

Nicolas e Charlet (*Annal. de Dermat et de Syphilogr.*, t. III, n. 11, 1912) riferiscono i risultati d'un lavoro di controllo fatto per rilevare l'importanza della reazione di Wassermann dal punto di vista terapeutico. Per spiegare il disaccordo che esiste negli autori sul valore della reazione di Wassermann per sè, essi invocano gli errori e difetti della tecnica. Le loro osservazioni si riferiscono a 20 malati in ognuno dei quali si praticarono da 15 a 20 esami.

Le conclusioni più importanti a cui tali osservazioni hanno portato sono: che nei sifilitici la reazione di Wassermann presenta spesso ma non sempre modificazioni in rapporto alla terapia specifica. Le reazioni positive divengono spesso ma non sempre negative: più spesso si attenuano ma non di rado solo transitoriamente. La cura col 606 ha nella reazione un'influenza più grande e più costante che la cura mercuriale o la mercuriale e iodurata. Queste modificazioni della reazione non sono sempre parallele alle modificazioni delle lesioni. Gli accidenti sifilitici scompaiono in genere più rapidamente. Da questi dati gli A.A. ritengono che la reazione di Wassermann non può aver un grande valore dal punto di vista della terapia. P. A.

TERAPIA.

Le fumigazioni di iodio nel trattamento delle cistici.

Su questo argomento il Farnarier (*Semaine médicale*) pubblica un lavoro importante. Ne diamo un largo riassunto.

Quest'anno si è compiuto il primo secolo da quando lo iodio ha avuto le sue prime applicazioni in terapia. Non molto più tardi si pensò di utilizzarlo a scopo terapeutico sotto forma di vapori: nel 1827 Berton preconizzò l'uso dei vapori di iodio nella tubercolosi polmonare: ma, ai primi insuccessi, il metodo fu abbandonato. Più tardi Piorry propose l'inspirazione dei vapori di iodio sotto forma di sigarette. Nel 1853 Danger escogitò un apparecchio speciale per la inspirazione dell'aria secca e calda e satura di iodio allo stato di vapori. Altri pensò di procurare attorno al malato un'atmosfera carica di vapori di iodio, disponendo presso al letto una coppa piena di questo metalloide.

L'uso dei vapori di iodio e la tecnica relativa negli ultimi decenni si sono perfezionati ed hanno avuto diffusione ed applicazione in vari campi della patologia.

Delic propone l'insufflazione dei vapori di iodio nelle otiti croniche, ottenendoli dalla decomposizione del iodoforme a caldo. Hamonic, riscaldando delle scagliette di iodio metallico, e insufflandone i vapori nell'uretra, riesce a far guarire alcuni casi di uretriti ribelli ad altri mezzi di cura (1888). Loewenberg nel 1859 raccomanda questo metodo nel trattamento delle sclerosi auricolari. Nel 1899

il Topai ne estende l'uso in molte forme di tubercolosi locali (adeniti, osteoperiostiti, ascessi freddi, fistole, ecc.), ottenendo in seno ai tessuti i vapori di iodio allo stato nascente mediante una miscela di acqua ossigenata e una soluzione di ioduro di potassio al 2 %. Più recentemente Icard ha ottenuto lo stesso risultato, somministrando tutti i giorni al paziente una certa quantità di ioduro di potassio: si ottengono i vapori di iodio allo stato nascente facendo agire l'acqua ossigenata nella regione voluta.

In questi ultimi anni Jungengel e Longe hanno perfezionato ancora meglio la tecnica, ed hanno reso possibile l'applicazione di questo metodo di cura in svariate malattie. Koenig, Laurens, Raillard l'hanno utilizzato in oto-rino-laringoiatria; Reynès, Daniel, Buges in ginecologia; Moirond in venereologia.

Il Farmarier ha voluto esperimentare l'efficacia delle cosiddette *affumicazioni di iodio* nel trattamento delle cistiti.

L'A. premette lo studio chimico di questo processo terapeutico.

I vapori di iodio ottenuti mediante il riscaldamento dello iodoformio non sono propriamente dolorosi: essi producono nelle prime ore dopo l'affumicazione un senso di bruciore in vescica, più o meno acuto in rapporto alla tolleranza del paziente. Fu attribuito questo inconveniente all'azione caustica dell'acido iodidrico che si svolgerebbe nella decomposizione del iodoformio. L'A. ha esaminato la reazione chimica dei vapori di iodio così ottenuti: la carta di tornasole non ha svelato la presenza di una minima traccia d'acido iodidrico.

Per avere lo sviluppo di acido iodidrico, occorrerebbe la presenza di una sostanza riduttrice.

I prodotti di scomposizione dello iodoformio non contengono vapori acidi: la loro azione sui tessuti è dovuta ai vapori di iodio misti a diversi prodotti di scomposizione a reazione neutra.

I vapori di iodio ottenuti direttamente dallo iodio secondo il metodo di Hamonic riescono ancora più dolorosi, perchè è molto difficile ottenere lo iodio allo stato di purezza assoluta: le cause più frequenti d'impurità sono tracce di cloro e di bromo, che hanno un'azione fortemente irritante. Inoltre esso è di difficile conservazione, si vaporizza molto facilmente all'aria ed alla luce, attacca avidamente la carta ed i metalli, si dosa con difficoltà estrema.

Lo iodoformio però non si traduce completamente allo stato di vapori, perchè è difficile averlo dal commercio allo stato di assoluta purezza: perciò resta aderente alla parete dell'ampolla un sottile deposito dovuto principalmente a carbone.

L'A. raccomanda a preferenza l'uso dei vapori di iodoformio, perchè sono di maggiore tollerabilità, si conservano perfettamente e all'infinito se tenuti al riparo dalla luce, dall'aria e dal calore, e sopratutto perchè si dosano molto facilmente, potendo conservare in pacchetti lo iodoformio nella quantità volnta. 394 cgm. di idroformio completamente scomposti dànno 381 gm. di iodio, cioè il 97.5 %.

I vapori di iodio passano nelle urine sotto forma d'acido ipoiodoso, specialmente nelle urine alcaline, e fors'anche sotto forma di derivati iodati dovuti ai composti organici dell'urina, sopratutto ai corpi della serie purinica. Lo iodio, in soluzione o fissato, non può agire se non nel senso di favorire l'antisepsi delle urine.

Poche parole intorno alla tecnica.

L'apparecchio è composto di un'ampolla di vetro di circa 30 cmc., munita in alto di un largo orifizio ben chiuso con un tappo di vetro, e di due tubulature laterali, una delle quali si adatta al padiglione di una sonda uretrale molle, l'altra ad un tubo di caoutchouc in relazione con una comune siringa a tre anelli di 150 cmc.

Si vuota la vescica, si lava, e se ne misura la capacità con acqua tiepida.

Si introduce nell'ampolla per l'orifizio superiore da 5 a 10 cgm. di iodoformio, e si pone una fiamma ad alcool sotto l'ampolla. Dopo pochi secondi, l'ampolla si riempie di vapori di iodio di colore violetto. Se l'apparecchio è a posto, si spinge il pistone della siringa per un volume d'aria uguale alla capacità della vescica. Per evitare il riflusso dei vapori, si chiude con una pinza il tubo di raccordo di caoutchouc. Dopo tre minuti in media, secondo la tolleranza del paziente, si stacca l'apparecchio dal catetere uretrale, e, appena vuotatasi la vescica, si ritira il catetere.

Per evitare che, per la contrazione della vescica, qualche goccia di urina fredda arrivi nell'interno dell'ampolla sovrariscaldata e la rompa, si può, appena iniettati in vescica i vapori di iodio, allontanare l'apparecchio dalla sonda uretrale, e chiudere questa con una pinza.

Il pallone di vetro si pulisce mediante qualche goccia d'acido solforico.

Per i risultati ottenuti in 19 casi di cistiti di varia natura trattati con questo metodo di cura, l'A. conchiude potersi considerare i vapori iodati come un agente terapeutico energico e rapido nel trattamento delle cistiti.

Una sola insufflazione di vapori iodati basta di solito a modificare i sintomi cardinali della malattia.

La pollachiuria e il dolore perdono subito i loro caratteri di frequenza e di intensità, così che la capacità vescicale aumenta in proporzione. I caratteri delle urine si modificano rapidamente.

L'azione sedativa dell'affumicazione procura immediatamente al paziente calma e riposo. Quest'azione è tanto più preziosa in quanto si manifesta più spiccata nella forma di cistiti tubercolari. Le sofferenze di questi poveri malati spesso sono inaudite; non c'è mezzo che valga a calmare gli spasimi estremamente dolorosi della muscolatura vescicale. In questi casi il nitrato d'argento è controindicato; e spesso l'olio gomenolato, come qualunque altro mezzo terapeutico, è del tutto inefficace.

In due casi di cistite tubercolare, con pollachiuria e dolori estremamente intensi, con capacità vescicale negativa, nei quali ogni sorta di terapia si era dimostrata inefficace, l'A. ha visto rapidamente attenuarsi questi fenomeni acuti, ed ha potuto così praticare la cistoscopia e il cateterismo ureterale.

Questa rapidità d'azione l'A. l'ha riscontrata in tutti i casi trattati: da 4 ad 8 affumicazioni bastano a dare la guarigione o il massimo grado di miglioramento possibile. L'A. pratica due sedute la settimana in media.

In nessuno dei 19 pazienti l'A. ha osservato fenomeni di intossicazione generale per iodismo (salivazione, catarro delle vie respiratorie, eruzioni cutanee, ecc.).

Notevoli sono pure i risultati ottenuti nelle cistiti dei prostatici, se si pensi quanto queste forme siano ribelli ai comuni metodi di cura.

I vapori iodati per la loro azione irritante possono produrre un'uretrite acuta: per ovviare a questo inconveniente, basta evitare il riflusso dei vapori fra le pareti dell'uretra e la sonda uretrale, spingendoli mediante siringa con molta dolcezza in modo da non forzare la capacità della vescica.

Questo metodo però non è chiamato a sostituire i medicamenti che l'esperienza ha dimostrato altamente efficaci. I sali d'argento, sia sotto forma di lavanda, sia per istillazioni vescicali, rimangono sempre al primo posto nella terapia delle cistiti; le proprietà sedative dell'olio gomenolato lo rendono prezioso nelle cistiti dolorose.

Tutte le cistiti acute risentono beneficio dall'azione dei vapori di iodio; ma questi debbono adoperarsi quando i comuni mezzi di cura si siano mostrati inefficaci. È molto più semplice praticare una lavanda antisettica e modificatrice della mucosa vescicale oppure farvi delle instillazioni con soluzioni di sali d'argento. Ma se persistono i sintomi gravi, se si sospetta sopra tutta la natura tubercolare dell'affezione è utile ricorrere alle affumicazioni iodate che, se non sempre dànno la guarigione, portano certamente un notevole miglioramento.

Secondo l'A. questo metodo è indicato in tutte le specie di cistiti acute, sopra tutto nelle forme tubercolari; è contro indicato nelle cistiti leggiere che è meglio trattare coi mezzi terapeutici più comuni.

Ulteriori esperienze preciseranno meglio le indicazioni e le contro indicazioni.

P. SABELLA.

IGIENE

Sulla vitalità del vibrione colerigeno.

(G. ALESSANDRINI e G. SAMPIETRO. *Ann. d'Igiene speriment.*, 1912).

Con accuratissime ricerche il dott. Sampietro dimostra come il latte costituisca in condizioni svariate non soltanto un veicolo, ma anche un ottimo substrato per lo sviluppo del vibrione colerigeno.

Nel latte crudo questo microrganismo si sviluppa rigogliosamente in coltura quasi pura senza tradire in nessun modo la sua presenza, in quanto che non altera le proprietà che rendono alibile il latte.

Un po' alla volta viene sopraffatto dagli altri germi; ma sebbene resista notoriamente poco agli acidi, può ancora isolarsi dal latte inacidito e coagulato!

Nel latte bollito deve sostenere una concorrenza meno viva; quindi resiste per 5-8 giorni.

Nel latte sterilizzato e ben conservato si mantiene ancora vivo dopo due mesi.

Il suo sviluppo viene inibito dai germi acidificanti, non perchè a questi debba ascriversi una azione antagonista specifica, ma perchè elaborano acido: non appena il grado di acidità sorpassa il 10 % (ciò che suole avvenire dopo 24-48 ore) la vita del vibrione si arresta.

L'inquinamento del latte con vibrioni di colera prodotto da mosche è caratteristico pel fatto che, se l'insetto lambisce semplicemente il latte, anche per un istante, lo sviluppo dei vibrioni è più rigoglioso che se le mosche cadono nel latte e vi restano a lungo o vi si annegano, perchè in tal caso entrano in gioco altri germi, tra cui quelli acidificanti e peptonizzanti, ad azione antagonista sui vibrioni del colera.

Dalle diligenti ricerche di Alessandrini G. risulta che nelle zampe, nelle ali, sulla superficie del corpo e nelle feci di mosche adulte che si nutrono con materiale ricco di vibrioni colerigeni o che si posano su di esso, i vibrioni possono restare vivi 24 ore, ma non si sono trovati mai vivi dopo 36 ore; che le larve di mosche possono portare i vibrioni alla superficie e disseminarli, ma eccezionalmente li mantengono vivi nell'intestino e li eliminano vivi con le feci; che trasformandosi

in pupe ed in mosche adulte esse divengono sempre del tutto sterili.

Questi dati concorrono a chiarire l'epidemiologia ed a definire la profilassi del colera.

Valgono sovratutto a mettere in guardia contro i pericoli inerenti all'uso del latte inquinato ed alla presenza delle mosche, mentre eliminano le apprensioni relative allo sviluppo di mosche nel pozzo nero. I. T.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(97) *Cura delle ragadi al seno.* — Il dott. Scaramucci Francesco di Ischia di Castro chiede quale sia la cura migliore delle ragadi della mammella.

La cura delle ragadi della mammella consiste nel lavare accuratamente il capezzolo dopo la poppata con un quadrato di garza conservato, dopo l'ebollizione, in acqua bollita. Subito dopo si applica sul capezzolo un altro quadrello di garza (pure mantenuta in acqua bollita e dopo averlo strizzato) imbevuto o di una soluzione di acido tannico in glicerina al 10 %, oppure nella seguente miscela:

acqua di rose. . . .	gm.	40
glicerina	»	20
borato di soda . . .	»	8
tintura di benzoino .	»	12

Questo quadrato si ricopre con un foglio di gomma e si mantiene applicato fino alla poppata successiva.

Prima della poppata è necessario lavare con acqua bollita il capezzolo, e pulire con un quadrello di garza, bagnata in acqua bollita, la bocca del bambino.

Se la suzione provoca eccessivo dolore è necessario proteggere il capezzolo. Perciò si può ricorrere o al baudruche o anche ai paracapezzoli (tettarelle). Il sistema della baudruche è il seguente:

Si taglia un disco di baudruche di 10 cm. di diametro, e al centro di questo si fanno dei fori con un grosso spillo in modo da formare con questi un'area di circa 2 cm. di circonferenza. Si bagna il disco con acqua bollita e si applica sul capezzolo in modo da farlo aderire alla mammella. Prima di far attaccare il bambino si bagna la baudruche con acqua zuccherata. Se con tale sistema non si riesce a fare attaccare il bambino, conviene ricorrere o al paracapezzolo di gomma o anche alle così dette tettarelle semplici o biaspiratrici: queste sono costituite da una campanula di vetro con due derivazioni: ad una derivazione è innestato un lungo tubo di gomma dal quale succhia la madre, all'altra un capezzolo di gomma dal quale succhia il bambino. M. F.

(98). *Cure analgesizzanti nel cancro.* — Il dott. C. F. di Palermo dichiara che egli, conformandosi ai suggerimenti contenuti in una rivista sintetica sui tumori maligni comparsa or è qualche tempo nel *Policlinico*, ha tentato in alcuni casi di cancro dell'utero, del retto, della lingua e della laringe di sostituire gli oppiacei con medicinali sintetici, come il piramidone e l'esalgina; ma ha trovato che ne occorrono dosi troppo alte e ripetute, le quali ingenerano fenomeni d'intolleranza e tra l'altro riducono la forza del cuore e la permeabilità dei reni.

Non mette in dubbio tuttavia che la morfina, fin'oggi molto adoperata, debba col tempo proscriversi dalla terapia palliativa del cancro, in quanto che l'assuefazione ch'essa determina fa precipitare nel morfinismo e questo aggrava la cachessia e affretta l'*obitus*. Senza contare che alcuni effetti secondarî, come l'offuscamento della psiche, sono molto sgradevoli e impressionano sfavorevolmente anche i familiari. Nel cancro del retto poi la morfina è decisamente controindicata, in quanto che esagera la tendenza alla stitichezza.

Il dott. C. F. non ha ottenuto risultati più confortanti da un altro oppiaceo, l'eroina.

Egli vorrebbe alcuni consigli definiti e in particolare chiede: 1° quali rimedi sintetici convenga sostituire agli oppiacei; 2° tra gli oppiacei a quale debba, eventualmente, darsi la preferenza; 3° quali sono i migliori mezzi analgesici sussidiarii.

Un rimedio che dà buoni risultati nella terapia sintomatica del cancro è la fenacetina, purchè venga associata a un cardiocinetico: mezzo grammo di fenacitina e un quarto di grammo di citrato di caffeina ogni sei ore.

Questa prescrizione risponde bene al « Cancer Hospital » di Londra, ove è d'uso corrente.

Nei cancerosi defedati o cardiopazienti può ingenerarsi depressione cardiaca malgrado l'azione correttiva della caffeina.

In tali casi conviene ricorrere all'aspirina, la quale rispetta abbastanza il cuore (secondo Dreser e Scheffler anzi si comporta come un tonico sulla fibra cadiaca, il che la differenzierebbe da tutti gli altri salicilici).

Viene prescritta nel cancro da Weil, Weitthauer, ecc. in dosi 1-2 gm. *pro die*; al « Cancer Hospital » di Londra viene sostituita spesso alla fenacetina, nella formula poc'anzi riferita.

Le dosi indicate non determinano quasi mai sintomi marcati d'intolleranza.

Solo quando quando questi rimedi non bastano a rendere le sofferenze tollerabili diviene necessario di utilizzare gli oppiacei, tra i quali viene oggi molto elogiato l'omnopon (pantopon, oppio del Sahli.

Si ascrivono ad esso molti pregi: non determina effetti secondari molto spiacevoli; induce bensì uno stato di leggera sonnolenza, ma non stordisce come la morfina pura; esercita un'azione analgesica più blanda della morfina ma più persistente; non conduce così facilmente all'assuefazione. Ai cancerosi Döblin ne prescrive dosi relativamente piccole: 3-4 volte al giorno gm. 0.02 per bocca o sotto cute, senza elevare mai la dose; Rowntree raccomanda di attenersi ad una piccola dose ogni 16-24 ore, per via ipodermica.

Non vediamo un'indicazione definita dell'eroina. Questo alcaloide si comporta elettivamente da eupneico, è meno analgesico della morfina e quale analgesico induce abitudine.

L'atropina può rafforzare l'azione analgesica dell'oppio e impedire alla stitichezza di diventare ostinata. Ma sovrattutto essa si rende utile nel cancro del cavo orale, della retrobocca, dell'esofago e del retto, per ridurre le secrezioni copiose e moleste e, indirettamente, lenire molto il dolore.

I mezzi reputati sussidiari della terapia interna meriterebbero forse di essere considerati come fondamentali, in quanto che non espongono ai danni delle intossicazioni medicamentose.

Offre molte risorse la fisioterapia: il calore sotto varie forme, i raggi X, i corpi radioattivi.

Giova molto eliminare i prodotti di disfacimento, di trasudazione e di secrezione dalle superfici ulcerate, irritate o infiammate. Le lesioni facilmente accessibili possono detergersi con vari liquidi leggermente antisettici, come i prodotti di distillazione del catrame solubilizzanti (cresoli saponati e molti prodotti speciali del commercio: lisoli, creolina, creosapol, cyllin, ecc.), l'acqua ossigenata, il sanitas inglese (olio di trementina ossidato), ecc. opportunamente diluiti; ovvero con soluzioni analgesizzanti (eucaina o novocaina associate all'adrenalina). Nel cancro dello stomaco, del retto, dell'utero, sono raccomandabili i lavaggi e le irrigazioni con liquidi indifferenti o quasi.

Infine riescono preziosi alcuni interventi operativi. Ricordiamo la puntura evacuatrice delle metastasi glandolari rammollite; la puntura decompressiva nei tumori endocranici; la gastro-enterostomia nel cancro inoperabile del piloro, ecc.

Per sopprimere le atroci sofferenze del cancro linguale sono stati conseguiti eccellenti risultati dall'iniezione di alcool nel foramen ovale (1 gm. a 80; è operazione dolorosissima, che in alcuni pazienti richiede l'anestesia generale; può essere indicato di ripeterla una o due volte). Nel cancro dell'utero, del retto e dei visceri addominali in genere è ora in esperimento l'iniezione di sostanze analgesiche (stovaina, novocaina, ecc.) entro la teca vertebrale (si cerca di ridurne i gravissimi inconvenienti, come la paresi degli arti inferiori e degli sfinteri, e di ovviare alla necessità di ripetere gli interventi a intervalli di pochi giorni).

Nella generalità dei casi è giocoforza contentarci di ottenere un'analgesia parziale: ottundere il dolore senza riuscire a sopprimerlo.

L. V.

(99) *Sulla cura Zeller.* — Il dott. Vittorio Cataldi di Sambiase (Catanzaro) scrive: desidererei sapere la quantità di pomata indifferente, con la quale si deve incorporare la cinnabarsana di Zeller.

Richiesto dalla redazione della « Münchener Mediz. Wochenschrift » sulla composizione precisa dei suoi due rimedi, lo Zeller comunicò (n. 35, pag. 1936) le due formole riportate alle pagg. 161 e 162 di questo giornale.

In seguito a ulteriori richieste, egli dichiarò (n. 38, pag. 2088) che nella pratica corrente incorporava solo dell'acqua ai componenti attivi del cinnabarsana. Potè assodarlo anche il dott. Schuch, recatosi espressamente dallo Zeller per apprenderne *de visu* la tecnica. Ne abbiamo già parlato a pag. 283 di questo giornale.

In modo identico o analogo procedettero ai loro tempi Baseillac, Rousselot, Manec, Dupuytren, ecc.

Non occorre dunque l'uso di nessuna pomata.

È appena necessario ricordare che il cinnabarsana va usato con estrema cautela e avvertire che non deve mai affidarsi al paziente.

L. V.

(100) *Trattamento dell'emofilia.* — Si desidererebbe conoscere a quali sussidi terapeutici, *specialmente profilattici*, si possa ricorrere per modificare stabilmente la crasi sanguigna in una bambina quattordicenne emofiliaca, e poter così correggere in modo efficace le grave diatesi emorragica che l'affligge e che periodicamente (ricorrenze sestruali) la mette in pericolo di vita. Quali autori consultare? Grazie infinite. Dott. P. M.

Non si hanno mezzi terapeutici che sicuramente efficaci si dimostrino *in tutti i casi* di emofilia: la ragione probabile dell'insuccesso è nella varietà della patogenesi ancora oscura in molti casi di emofilia. Dai recenti studi e da recente pratica terapeutica è derivato però il concetto che il difetto di coagulabilità che caratterizza il sangue degli emofiliaci è dovuto ad insufficienza di elementi coagulanti, o ad eccesso di sostanze a proprietà anticoagulanti nel siero del sangue. La pratica ha dimostrato che l'introduzione di siero normale eterogeneo nel circolo di questi ammalati riesce a modificare temporaneamente, talora stabilmente, tali condizioni morbose. Le ragioni

intime del processo d'incoagulabilità del sangue, e della supplenza funzionale, o dell'azione stimolante sugli organi dei sieri eterogenei, sono state oggetto di lunghe discussioni non ancora stabilmente appianate, e di cui un indice si può trovare in una delle discussioni avvenute in Francia nell'ultimo congresso medico (relatore Carnot).

Prescindo quindi dalla parte teorica, e fondandomi anche sulla mia felice esperienza in argomento, le consiglio il seguente procedimento:

Inietti per via intramuscolare 5-10 cmc. di siero di cavallo normale. A distanza di 3-4 giorni ripeta l'iniezione per 4 o 5 volte. Potrà iniziare la cura 7 od 8 giorni prima delle ricorrenze mestruali per verificare meglio gli effetti.

Bisogna tener presente se la paziente ha subito in precedenza qualsiasi cura sieroterapica, ed in caso affermativo, per evitare fenomeni anafilattici, sarà prudente somministrare alla malata per due giorni 2 gm. *pro die* di cloruro di calcio, e ricorrere 10-15 ore prima dell'iniezione massiva ad una piccola dose di siero pure per via intramuscolare (dose vaccinante di Besredka).

Il siero di cavallo normale si può acquistare da qualsiasi istituto sieroterapico (Belfanti, Meister-Lucius, Welcome), in sua mancanza si può ricorrere ad uno dei sieri antitossici più in uso (antidifterico, antistreptococcico, ecc.), che conservano le proprietà curative del semplice siero di cavallo. È necessario però che il siero sia di cavallo, poichè questo è sempre innocuo, anche in grandi quantità, per l'uomo. Con grande probabilità e per incanto vedrà cessare le gravi emorragie che mettono in pericolo la vita delle piccole inferme.

t. p.

(101) Prego volermi indicare la ricetta per preparare il *Liquore ars. Boudin.*

Chiaravalle (Marche). F. MANZONI.

Eccole la formola della *Soluzione arsenicale del Boudin.*

Rp. Acidi arsenicosi. . . . 0.1
Aquae destillatae . . . 100.0

E. C.

Nell'equazione riportata a pag. 608 deve dirsi N D = 3.5 I e non 7.5 I.

Il fascicolo di aprile 1913 *della nostra* Sezione **Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Dott. F. Scordo e G. Rizzuti** - Considerazioni cliniche e ricerche batteriologiche in una epidemia d'itero infettivo a Tripoli.

II. **Dott. Giovanni Antonelli** - Intorno agli itteri emolitici.

III. **Dott. Abele Tadini** - Nuove osservazioni sull'immunizzazione attiva contro le sostanze pirogene contenute nella anafilatossina tifica.

IV. **Dott. Morelli Fernando** - Contributo allo studio del meccanismo d'azione degli essudati aggressinici e dei sieri antiaggressinici.

VARIA

La medicina umoristica nel passato. — Da un articolo del dott. J. Rosten pubblicato nel *Paris Médical* del 5 aprile 1913 riportiamo alcune parti di una curiosa « Lettera di patente pei gottosi », rilasciata in carta riccamente fregiata, raffigurante in alto un gottoso rattrappito nella sua poltrona e provvisto di un grande scaldapiedi:

« Noi, per la liberalità del dio Bacco e della dea Venere, Grandi Maestri dell'illustrissima, famosissima e universalissima confraternita dei gottosi, con piedi storti e mani rattrappite — siano essi della Chiesa, della Nobiltà o del Terzo Stato — salute, il bicchiere in mano.

« I doveri inerenti al posto che noi occupiamo, c'impongono di ricompensare i grandi servizi dei nostri bravi e generosi allievi, i quali sin dalla gioventù si sono consacrati ai nostri Dei tutelari, sacrificando sui loro altari beni, spirito e salute, ed hanno impiegato i giorni e le notti a meritarne l'attenzione.

« Informati, ecc.

« Per questi motivi, su parere del nostro Senato nodoso, convocato espressamente, Noi abbiamo ricevuto e riconosciuto il Sig..... quale uno dei nostri cari confratelli;

« e pel suo merito personale lo abbiamo creato ed elevato, lo creiamo e eleviamo al rango ed alle prerogative di grande invalido e arci-gottoso di primo ordine;

« il detto officio gli spetta in piena ed assoluta proprietà, con diritto di trasmissione ai discendenti, e gli conferisce gli onori e privilegi seguenti, cioè: portare il berretto da notte in permanenza, le calze e le mutande di castoro, il bastone a becco di corvo, le gruccie in caso di bisogno, ecc., di sedere in una poltrona a rotelle per sei mesi dell'anno e anche di più se è necessario, ecc. ecc. Gli è accordato il diritto di lagnarsi a voce alta, di brontolare, gridare, urlare e tempestare e persino di battere chi si trova a sua portata durante l'acuzie dei suoi dolori. In compenso del detto officio, gli imponiamo la sciatica, la colica nefritica, l'asma, le nodosità alle mani e ai piedi, i crampi e il torcicollo e la rivoluzione d'umori, il tutto pagabile alternativamente di mese in mese, senza alcuna riduzione. Infine gli assegniamo in forma di gratificazione, un *miserere*, che lo accompagnerà infallantemente alla tomba.

« Così decidiamo, ecc. In fede di che, la nostra mano contorta e tremolante sottoscrive con difficoltà la presente, controfirmata dal nostro segretario e munita del sigillo delle nostre armi.

« Dato a Gottopoli ecc. » R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. JATTA, G. LORIGA, R. MAGGIORA. **La tubercolosi nell'uomo e nei bovini.** 1 vol. in-4, con 1 tav. Roma, Tipografia delle Mantellate, 1912.

La nostra Direzione generale di Sanità aveva da tempo affidato a Jatta e Cosco lo studio dei rapporti che intercedono tra la tubercolosi umana e quella bovina.

Nel 1903 questi valenti sperimentatori furono, — nel dilagare delle opinioni contrarie — tra i primi ed isolati assertori della dualità.

Altre ricerche furono poi eseguite da Jatta con diversi collaboratori. Nel 1905, in una nuova pubblicazione, essi contestavano l'esistenza degli stipiti atipici e di transizione.

Risoluta la parte batteriologica e poichè le opposizioni continuavano, si è voluto ora affrontare lo studio epidemiologico della questione. N'è risultata una documentazione di alto interesse scientifico e pratico.

L'Italia si prestava a queste indagini, poichè la tubercolosi vi assume diffusione molto ineguale.

È stata scelta la Sardegna, ove la mortalità per tubercolosi umana è molto elevata: vi raggiunge il 2 ‰; in provincia di Sassari tocca persino il 2.5. Eppure il bestiame vi è pochissimo attaccato; in alcune località della Sardegna anzi la tubercolosi bovina è del tutto sconosciuta.

Sulla diffusione della tubercolosi umana dunque l'assenza della tubercolosi bovina non assume importanza di sorta. Viceversa in alcune località della penisola i germi della tubercolosi bovina si riscontrano quasi costantemente nel latte e nei latticini (Cosco); eppure la tubercolosi umana vi è poco diffusa.

Sono stati anche esaminati 110 espettorati. Solo in quattro si rinvennero dei germi che poterono essere classificati tra gli atipici; ma poi furono dimostrati umani, come tutti gli altri: non esistono ceppi di passaggio.

Queste ricerche confermano nelle linee generali le vedute di Koch sulla indipendenza delle due tubercolosi e quindi sulla necessità di difendersi principalmente dalla tubercolosi umana.

Felicitiamo il nostro Laboratorio batteriologico della Sanità pubblica per questo nuovo e interessante contributo allo studio della vitale questione.

T. I.

G. BRAMBILLA. **Un malariologo del settecento** (Giovanni Maria Lancisi). Milano, 1913.

Le idee nitide, pratiche e in gran parte originali di Lancisi sulla malaria hanno efficacemente contribuito alla lotta conto il secolare flagello in Italia. Nel campo etiologico egli attribuiva la malattia ad esalazioni inorganiche dovute in parte alle larve di culicidi; nel campo terapeutico seppe diffondere l'uso della chinina; nel campo profilattico seppe imporre l'adozione delle bonifiche idrauliche e far valere l'importanza di varie norme d'igiene. È strano un apprezzamento sulla profilassi chininica (data da quei tempi!): «non si usino — egli dice — rimedi quando si è sani: e perciò si escluda l'uso della china-china, che va messa fra i rimedi da usarsi quando colpiti da febbri malariche».

Le idee professate dal Lancisi sulla malaria sono state raccolte nell'opuscolo che presentiamo, insieme a dati biografici e note illustrative, dal prof. Brambilla, il benemerito direttore dell'Istituzione «Giuseppe Visconti di Mondrone». L'interessante opuscolo verrà inviato in omaggio a tutti i nostri abbonati che ne faranno richiesta alla sede centrale dell'Istituzione (Grazzano Visconti, Milano).

R. B.

V. GANDINI. **Nozioni elementari d'igiene.** 1 vol. in-8 gr. di pag. 126. Valenza, Tipografia Editrice L. Battezzati, 1912. L. 1,50.

È un lavoro di propaganda ben condotto, chiaro, comprensivo.

Contiene cinque lezioni tenute alla scuola tecnica di Valenza. Vi sono esposte nozioni generali di anatomo-fisiologia, i concetti generali sulle malattie e le nozioni essenziali concernenti le malattie infettive, l'alcolismo ed i soccorsi d'urgenza. Un'appendice tratta dell'igiene infantile.

La vendita andrà a beneficio del Collegio-Convitto di Perugia.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La morte bella.

Ispirato da un sentimento di fraterno dolore per la morte di un insigne medico triestino che si tolse la vita dopo lunghe sofferenze cagionategli da un carcinoma inoperabile della laringe, uno dei più distinti medici delle provincie italiane dell'Austria, ha scritto nel Piccolo *di Trieste il seguente articolo, che trova bene il suo posto in questa rubrica, destinata a raccogliere ogni voce che ricordi ai medici, ancor prima che agli altri, la grandezza dei loro sacrifizi, cui vanno incontro serenamente, vittime consapevoli e non incoronate di rose.* C.

Chi ami rileggere le vecchie carte, e sfogliare atti polverosi e imagini antiche, chi si compiaccia di dedicare qualche parte del suo tempo allo studio della storia della medicina nei secoli scorsi ed abbia famigliari le figure dei medici di quell'epoca, e il frasario da loro usato, non può a meno di considerare come e quanto sia mutato da quei tempi, e anche da altri a noi più vicini, il rapporto fra il medico ed il pubblico. I medici di altri tempi, chiusi nelle loro autorevoli vesti meno severamente che nei loro secolari sillogismi, erano, un po' tutti, sacerdoti di una religione misteriosa, interpreti che mal volentieri traducevano ai profani il secreto linguaggio dei riti: dall'alto di una cattedra, alla quale la scienza proveniva da considerazioni filosofiche o da ispirazioni divinatorie più che dalla esperienze della vita, amavano essere cinti, come il Dio della Bibbia, dalla nuvola del mistero. Ed anche la sana e vera esperienza della vita, raccolta nella opera monumentale dei grandi classici antichi era divenuta rugiadosa ed incartapecorita, passando nei folianti del medioevo, circondata e conclusa dai limiti ferrei dell'autorità magistrale, che nessuno osava varcare. Veniva così al medico quel rispetto profondo ed anche quella sorda inimicizia che circondano chi si avvolge del mistero: e la medicina sembrava un privilegio sacro, quando altro non era che una tradizione ischeletrita, e male rimpannucciata di citazioni greche e latine. Ma anche veniva alla medicina ed ai medici la grande forza suggestiva sulle masse incoscie; e i medici, fino a non molti decenni or sono, passavano, riveriti o temuti, venerati, odiati o crocefissi, raramente glorificati, ma sempre staccati, isolati dalla folla.

Mutarono, col volgere degli anni e col progresso della scienza, le cose. Tornò il medico alla prima fonte di ogni sapienza, all'osservazione della natura, e si insediò al letto del malato, lasciando alle biblioteche i volumi di Ippocrate e di Galeno; e fu uomo fra gli uomini, conoscitore profondo ed acuto dell'organismo, di cui uno ad uno gli furono noti i segreti al chiarore, talvolta abbagliante, di mille novissimi mezzi di ricerche, conquistati a mezzo della sua vita, e, perdendo l'aureola dell'apostolo, guadagnò la coscienza della sua umanità; e fu per i sofferenti un cambio fortunato. La medicina scese a terra, fra il popolo; divennero tesoro di tutti cognizioni che sino a pochi anni or sono erano scritte nei libri segreti, suggellati con sette suggelli; si sparsero e si pubblicarono, giorno per giorno, le notizie di tutti i lavori, di tutte le scoperte, di tutte le ansie, le speranze, i fervidi studi, le delusioni amare: e il tempio della medicina divenne la casa di cristallo, aperta a tutti gli sguardi. La fede cieca, la superstizione sparvero; ma scese nella coscienza di tutti gli uomini il convincimento della potenza dell'arte medica, della sua grandezza: soltanto non aumentò di pari passo la fede personale nei medici, che rimasero pur sempre, per la grande folla, gli individui un po' mistificatori dell'umanità, un pochino, diciamolo pure, untorelli; tanto c'è un fondo di sincerità nel tono scherzoso con cui taluno si meraviglia che il medico sia malato e soffra sul serio, e talaltro, parlando di un medico che non ha in casa sua un'epidemia, e sta bene di salute, soggiunge con un sorriso: «ah, grazie, ci vuol poco, quando si è medici, a difendere la propria pelle!».

Deriva, da considerazioni di questo genere, una diffusa, una falsa convinzione sul potere dei medici: falsa anche a non parlare delle malattie che derivano ai medici, e sono molte e gravi, dall'esercizio professionale, e di riverbero anche un falso generalizzare sull'impotenza di essi quando in un caso manifesto si constata come la decantata immunità dei medici nulla sia che una fantasia. Quando si legge il caso di un medico, diagnosta insigne ed esperto, che pur avendo diagnosticato con esattezza il suo grave male e sapendo prossima la sua morte, non è giunto nè a diminuire le sue sofferenze, nè a prolungare la vita, o d'un altro che, con un gesto a cui non si può negare la bellezza eroica, ha posto fine alla sua esistenza, sapendo inoperabile il male che lo minava da lungo tempo, si finisce generalmente col dire: «Ma che cosa può dunque la medicina, se nemmeno i medici, quando sono ammalati sul serio, possono farci qualche cosa? Se neanche i medici sanno il gran segreto, cosa faranno per noi?»

Il ragionamento ha un lato debole: non pre-

vede cioè il fatto reale, che di fronte al male, il medico da solo non è immune, ma in realtà sta molto peggio di ogni suo malato. Mille volte più infelice di lui, egli non solo ha il male, ma anche ha la coscienza del male; alle sofferenze fisiche, che egli non osa lenire, perchè sa ed esagera a sè i pericoli dei narcotici, si aggiunge la sofferenza morale della diagnosi sicura, della infallibile certezza dell'esito. E sarebbe forse bene se coloro che giudicano facile la professione del medico, pensassero per un momento al dramma angoscioso che si svolge nell'animo di un uomo, che sapendo per propria esperienza il proprio male, ne constata giorno per giorno il progresso, ne sorveglia i sintomi, ne intende i fenomeni: e quasi sorride, dolorosamente, della certezza della propria diagnosi, che invano invoca fallace, nel suo, come in tanti casi di malati, al cui letto ogni medico lascia un lembo del suo cuore. E tutti coloro che lessero la nota di cronaca che narrò il suicidio di un medico insigne, di un gentiluomo perfettissimo, dovrebbero pensare attraverso a quali atroci spasimi deve esser giunto alla conclusione terribile, e per quali segrete vie; e convenire che nell'anima del medico che esamina con critica serena e lucida il proprio morbo e segna a sè medesimo la fine, si svolge una di quelle tragedie alle quali nessuno può negare un consentimento. Non di pietà: non è il caso di parlarne, nè di chiederla. È soltanto giusto domandarsi se — con questo « saper morire », che è tanto più difficile di « saper vivere » — i medici nei nostri tempi non abbiano conquistato — per quelli fra loro che sono morti con un gesto semplice, con una parola serena, con la coscienza della morte, nella città o nei villaggi sperduti, nelle cliniche ove trovarono l'infezione e la morte, o sui campi sanguinosi delle recenti battaglie — meritamente, un'aureola più nobile e più bella di quella che il mistero o la superstizione accordavano ai loro colleghi d'altri tempi: la prova che, di fronte alla natura, non esiste differenza di sorta, o se mai, a sfavore del medico; che egli, malato è sofferente, malato come e più del più infelice dei suoi infermi, perchè gli manca o non gli è sufficiente quella parola di fede, convincente anche quando è pietosamente bugiarda, che il più grave malato attende, col labbro sorridente, con l'angoscia nel cuore, dal suo medico. E chi afferma, non senza ragione, che la morte con la coscienza alta e serena della fine è la più umanamente bella, non dimentichi che questa suprema bellezza è a prezzo delle sofferenze morali più gravi, degli spasimi più profondi; i quali pur sono risparmiati in grandissima parte a quelli cui il medico può, se non sanare, curare con delicata pietà.

Dott. A. CASTIGLIONI.

Il servizio e il personale sanitario militare.

Egregio doctor Cajus,

Incoraggiato dalla sua benevolenza, per la quale già altre volte ha accolto articoli riguardanti il servizio e il personale sanitario militare, commentandoli benevolmente, mi permetto scrivere anche io ed affidare pertanto la presente a Lei, tanto gentile ed animato da elevato spirito di colleganza professionale.

Che l'organizzazione del servizio sanitario militare in Italia fosse deficiente, l'aveva già rilevato la Commissione d'inchiesta sull'esercito, ed anche dopo gli scarsi, scarsissimi provvedimenti presi, era convinzione di chi conosce il servizio, che questo non avrebbe fatto pertanto un passo avanti.

La Commissione d'inchiesta aveva constatato come negli ultimi anni, pur aumentando le esigenze sanitarie presso i corpi e presso gli ospedali militari, il personale fosse stato di non poco ridotto per speculazioni organiche e per spirito di economia, causando una grave crisi nel servizio. Si provvide a tanto aumentando il numero dei capitani, ma nello stesso tempo si aumentavano i reggimenti alpini, di cavalleria, di artiglieria, cosicchè l'aumento del personale che doveva servire per le deficienze conosciute dalla Commissione suddetta, non è neanche bastato per i nuovi reggimenti.

Dato tale stato di cose il personale ed il servizio a cui essi debbono attendere trovasi tuttora nelle tristi condizioni già rilevate dalla Commissione d'inchiesta con questa aggravante: che cioè il servizio sanitario militare si è reso molto più difficile e delicato che per il passato; la salute delle truppe è ora gelosamente custodita, tutelata dal terrore di possibili invettive o interpellanze dei partiti avanzati; le pratiche mediche legali sono burocraticamente sempre più complicate e numerose.

La guerra libica ha poi dimostrato palesemente come urgano provvedimenti radicali per un servizio tanto importante, per quanto ciò non si voglia ufficialmente riconoscere.

Laggiù il medico era la persona più cara a soldato ed all'ufficiale; tutti lo interpellavano, lo chiamavano chiedendogli minuziosi consigli per difendersi dal colera, dal tifo; tutti l'avrebbero voluto vicino, quando si doveva andare incontro al nemico. Ed il medico, sempre premuroso, sempre animato da spirito di sacrificio ha saputo degnamente rispondere all'ansioso conforto che cercavano gli altri, nulla chiedendo per sè. Ha lottato contro il colera, contro il tifo micidialissimo, contro le febbri di diversa natura, nemici questi (come risulta approssimativamente: morti per ferite: 1500; per malattie circa 2000) molto

più pericolosi degli arabo-turchi; si è disimpegnato ugualmente in modo meraviglioso sulla linea del fuoco, sostituendosi e provvedendo di persona alle non poche manchevolezze dell'organizzazione del servizio, ma il suo non è eroismo..... Egli ha fatto più del suo dovere con rischio tante volte maggiore degli altri combattenti, senza almeno il conforto, se offeso, di offendere. Eroe è chi col fucile o con la sciabola del comando va in cerca del nemico; non chi al nemico si espone inerme, ed esposto ugualmente alle pallottole, attende a cercare e medicare i feriti, non è eroe chi sta fra i tifosi e i colerosi e continuamente in mezzo a disagi, con scarse risorse di profilassi li assiste e li cura...

Il medico, sia nella vita civile che militare, ha dimostrato in ogni tempo e circostanza spirito docile, pieno di abnegazione fino al sacrificio, e tale sua docilità, tanta sua modestia è causa prima se egli non conquista nella società il posto che per l'alta e importantissima sua missione gli compete.

Al medico militare si aggiunge la malintesa disciplina che pertanto lo costringe a tutto subire in silenzio, e se occorra soffrire l'ingratitudine e le rappresaglie di chi nei momenti di bisogno non esita abusare dell'opera sua.

Ora è tempo che il medico si liberi, si emancipi da quell'opprimente ed egoistico spirito d'umanità che la società a lui regala, quand'egli erge il capo e vuole far valere i suoi diritti, giacchè i suoi doveri sono tanto duri e gravosi, per quanto agli altri preziosi.

Il medico militare, che per ben sei anni ha dovuto sciupare tempo e denaro per meritare una laurea, egli che deve ancora ritornare allievo a 25 anni nella Scuola militare di Firenze, egli che deve anche subire e superare un concorso per risultare effettivo, egli merita ben altro, e non d'essere il paria dell'esercito, sia dal punto di vista morale che materiale.

Si vuole che il personale sanitario militare non sia ben visto in alto; e sia pur così, allora ben venga chi con mano più energica e poderosa che non sia stato fatto pel personale contabile, provveda a liquidare completamente il servizio sanitario militare; almeno ne resterà tutelato il decoro professionale.

Il pubblico però sa per bocca di S. E. il Ministro che la carriera del personale sanitario militare è stata di non molto migliorata, tanto da concedere, dopo 6 o 7 anni di grado, di essere capitano. Il pubblico sappia ora che solo in linea transitoria invero dopo tale tempo si raggiunge il grado di capitano, ma, dato che il medico per gli studi indispensabili alla sua professione diviene ufficiale effettivo a 26-27 anni, egli, godendo di tanto apparente ma molto fugace favore, è alla pari degli altri ufficiali che a 32 e 33 anni sono capitani. Con questa disparità però, che a 20 o 21 anno, quando gli altri sono già stipendiati dallo Stato, egli è a carico della sua famiglia per studiare ed ottenere una laurea per i bisogni dell'esercito.

Ed ho chiamato transitorio e fugace favore quello di essere dopo 7 anni capitano, giacchè quelli che attenderanno in seguito tale promozione la raggiungeranno progressivamente, per inevitabile turno di anzianità e bisogni d'organico, a 36, 38, e gli ultimi entrati lo scorso anno, forse a 40 anni. Ma S. E. si è limitata ad accennare i vantaggi della promozione rapida a capitano; perchè non ha aggiunto che nel mentre il medico resta ancora a tal grado, gli altri di pari anzianità raggiungono i gradi superiori? perchè non ha aggiunto che gli ufficiali combattenti liquidano una pensione maggiore di circa un terzo, favoriti anche dalla concessione dell'aspettativa speciale?

Il momento è propizio per provvedere al servizio sanitario militare, esponendo alla Nazione in modo onesto e sincero le enormi deficienze e come a tanto finora abbia sopperito in parte lo spirito di abnegazione del personale. E dico in parte, giacchè, per quanto si voglia, pure la volontà non basta ed il servizio ne soffre non poco. Si chieggano milioni alla Nazione, ma non si spendano come lo scozzese che, disponendo di solo una lira al giorno, voleva bere per 75 centesimi e per quanto rigirasse i 25 centesimi rimasti, erano sempre troppo pochi per mangiare! Si spendano invece nella vera misura necessaria a tutti i bisogni del servizio sanitario, sia personale che stabilimenti e materiale; e non si distolgano e si facciano assorbire in altri servizi, per abitudine e tradizione e spirito di casta ritenuti più indispensabili, più importanti.

* * *

Come potrebb'essere organizzato il servizio sanitario militare, per rispondere meglio alle esigenze moderne?

Pregiudiziale fondamentale è di assicurare la continuità del servizio nei Corpi e negli Ospedali e non distogliere il personale continuamente per altre mansioni (Consiglio di leva, operazioni residenziali giornaliere nei distretti, disposizione Ministeri diversi, ecc.).

Nei reggimenti, specie in quelli di fanteria, assegnare quale capo-servizio un capitano o maggiore, assistito almeno da un subalterno; un sotto ufficiale infermiere per ogni battaglione od equivalente, giusta l'ammirabile organizzazione del-

l'esercito tedesco, ed in genere di quasi tutte le nazioni europee e anche del Giappone; e da istruirsi in modo soddisfacente un aiutante e quattro porta-feriti per compagnia; sceglendoli fra i militari più disciplinati, più generosi, più capaci.

Data tale organizzazione nei reggimenti, si potrebbe avere un servizio sanitario completo che vigilasse e seguisse completamente il soldato nell'estrinsecazione della sua vita fisica e psichica, suggerendo per la sua educazione ed istruzione metodi proporzionati alla sua mentalità. Sviluppo non indifferente potrebbe darsi alla propaganda igienica, di cui ha così bisogno la nazione per debellare tanti pregiudizi e combattere tanti malanni. Le infermerie, dotate di maggiori mezzi e regolate da altre disposizioni, potrebbero risparmiare l'affollamento degli Ospedali, tenendo in osservazione od in cura un maggior numero di casi meno gravi. In campagna basterebbe un medico per battaglione per la visita medica giornaliera e per l'intervento nelle ferite più gravi, giacchè la semplicità della cura di queste con la provvidenziale tintura di iodio rende più che sufficiente l'opera del sott'ufficiale infermiere, degli aiutanti e porta-feriti ben addestrati per le ferite più lievi.

Con una tale organizzazione si può garantire al ferito una pronta e sufficiente medicazione, ed il suo rapido trasporto in luogo di cura, requisiti importanti per la sua guarigione.

Negli Ospedali s'impone assegnare sufficiente personale esperto e non improvvisato; personale cioè che, riconosciutane la capacità tecnica, faccia la sua carriera negli Ospedali, sia come assistente che quale capo-reparto e direttore. Negli Ospedali creare anche dei sott'ufficiali infermieri, almeno uno per reparto, ed in caso di bisogno aggregarne qualcuno dei Corpi, riserbandone uno anche per la farmacia. Il semplice patentino è stato riconosciuto per i borghesi titolo sufficiente per gestire una farmacia; un sott'ufficiale pratico egualmente del servizio di farmacia potrebbe fare risparmiare del personale farmacista negli Ospedali.

Il direttore nell'Ospedale avrebbe le stesse mansioni dei direttori degli Ospedali civili, cioè compito semplicemente direttivo e disciplinare, lasciando piena libertà e responsabilità ai capo-reparti, nella cura e nei provvedimenti da prendere per ogni ammalato. Il direttore sarebbe coadiuvato per la parte amministrativa da contabili, il cui direttore dei conti o relatore, sarebbe unico responsabile della regolare amministrazione; per la parte disciplinare della truppa da altro ufficiale combattente o contabile, restando a lui solo un medico quale segretario tecnico.

Quindi scomparirebbero il relatore medico, l'aiutante in 1° ed in 2°: il medico farebbe il medico...

Per ogni Ospedale o gruppo di Ospedali si dovrebbero fissare degli ispettori, almeno due; uno per la parte medica e l'altro per la chirurgia.

Essi verrebbero consultati nei casi più gravi e difficili; cooperando, se del caso, col personale del reparto nella cura dell'ammalato.

Inoltre dovrebbero sopraintendere specialmente all'indirizzo tecnico dell'Ospedale, facendo le relative proposte direttamente all'Ispettorato ed informandone anche la direzione. Tali ispettori potrebbero essere scelti fra i professori universitari, o fra i capo reparti degli Ospedali importanti; ovvero potrebbero essere dei colonnelli medici di provata e seria capacità tecnica e scientifica.

Indispensabile cosa è quella di coltivare l'istruzione tecnica del personale, quindi facilitargli lo studio, ed in modo speciale ai componenti degli Ospedali, concedendo a tutti indistintamente, e se occorre parecchie volte nella carriera, di poter frequentare Cliniche, e meglio ancora Ospedali civili di loro scelta.

Già poteva anche prima prevedersi, ma durante la guerra ci siamo assicurati di questo: l'ufficiale medico può essere un ottimo capo reparto, ma pessimo capo servizio, capo divisione, e così il contrario; in altri termini, c'è chi sa benissimo organizzare un servizio, provvedendo a tutto in modo meraviglioso; c'è chi sa invece bene attendere alla cura degli ammalati.

Ecco perchè sarebbe opportnno che anche in tempo di pace vi fosse in ogni comando di divisione un ufficiale superiore medico, il quale oltre a disbrigare le pratiche d'ordine sanitario, ora in mano a persone poco competenti, dovesse sopraintendere al servizio sanitario presso i Corpi, ed assieme al direttore dell'Ospedale studiare e tener sempre al corrente la mobilitazione per la parte sanitaria. Nei presidi importanti non sede di divisione territoriale si assegnerebbe in un Corpo un maggiore medico per dirigere e regolare il servizio del presidio, concentrando possibilmente gli ammalati in una sola infermeria.

Per i molteplici servizi esterni, non di Ospedale nè di reggimento, cioè per i servizi presso i distretti, presso i Consigli di leva, ecc., si dovrebbe tenere apposito personale a disposizione; e tali servizi adesso sono tanti che non c'è da temere che tale personale restasse inoperoso.

Quanto sopra riguarda solamente l'organizzazione del servizio, ma bisogna provvedere anche alla posizione economica del personale.

Nello stato attuale il concorso di giovani per la vita militare è di molto ridotto; causa il com-

penso non proporzionato alle esigenze della posizione di un ufficiale.

Lo stipendio iniziale di sottotenente o tenente è in modo assoluto insufficiente e dovrebbe esser portato a lire 2600, 3000; quello di capitano a 5000, quello di maggiore a 6000, lasciando invariato il resto.

Elevare l'indennità d'arma per i medici a lire 1000, come è per gl'ingegneri del Genio militare in marina concedendo inoltre un'indennità di carica di lire 600 per i capi-servizio, di lire 1000, e di lire 400 rispettivamente ai capi reparto ed assistenti ospedalieri, intendendo che tale indennità dovrebbe esser corrisposta nella dovuta proporzione giornaliera anche a coloro che, sia pure provvisoriamente, venissero comandati ai suddetti servizi per sostituire il titolare.

Nel momento attuale in cui le Commissioni esaminatrici per i posti nella Magistratura, nel Genio civile, nelle Scuole secondarie, ecc. riferiscono che i buoni elementi disertano perchè hanno migliori attrattive e che perciò non si ha modo di coprire i posti convenientemente, non sarebbe male se eguale tattica volessero serbare quelli dell'Ispettorato di sanità militare che invece trovano sempre ottimi elementi, specie se presentano 3 o 4 chilogrammi di pubblicazioni!

Ho scritto troppo, non quanto però richiederebbe l'argomento.....

Sarebbe però mia soddisfazione se quanto sopra potesse stimolare altri a scriverne, sia pure dimostrando esagerato ed infondato il mio dire, purchè però si scrivesse con pari sentire di decoro professionale.

Un assiduo del « Policlinico »

Cronaca del movimento professionale.

Obbligatorietà della inscrizione nell'Albo degli Ordini. — Mentre il Tribunale di Roma, continua, quasi ad ogni udienza, a condannare per contravvenzione all'art. 53 della legge sanitaria, testo unico, i sanitari non inscrittisi nell'Albo dell'Ordine, la Corte di appello di Aquila ha dato nuovo valore a questa giurisprudenza, decidendo sull'appello del P. M. contro una sentenza del Tribunale di Chieti. Questo (come noi già riferimmo) il 13 dicembre 1912 aveva dichiarato non farsi luogo a procedere contro due farmacisti non inscritti nell'Albo dell'Ordine della provincia di Chieti.

Con sentenza del 5 aprile 1913 la Corte di Appello di Aquila, accolto l'appello del P. M. del Tribunale di Chieti, ha condannato i convenuti a lire 83 di multa con la sospensione dell'esecuzione per cinque anni.

Crediamo opportuno di riassumere brevemente i motivi della sentenza, di cui è stato estensore il consigliere cav. Francesco Mancini.

La sentenza comincia col premettere che la legge del 10 luglio 1910 « mira a tutelare meglio gl'interessi dei sanitari, istituendo gli Ordini delle varie classi dei medesimi e dando così ad essi una rappresentanza legale che prima non avevano, e mira altresì a garentire maggiormente la salute pubblica, il servizio sanitario, richiedendo maggiori requisiti per l'esercizio di detta professione e sottoponendo gli esercenti alla vigilanza del consiglio amministrativo dell'Ordine a cui essi appartengono, per assicurare che gli esercenti stessi serbino il necessario decoro e indipendenza e che sieno repressi gli abusi e le mancanze di cui essi si possono rendere colpevoli nell'esercizio professionale, nonchè per comporre le controversie fra sanitario e sanitario e fra sanitario e cliente ».

Osserva che la legge in parola è applicabile a tutti gli esercenti, vecchi e nuovi, non potendosi permettere ai vecchi esercenti, che costituiscono la grande maggioranza, di non uniformarsi alla prescrizione della nuova legge, senza dimostrare di possedere i maggiori requisiti da questa richiesti nel pubblico interesse. Nè vale obbiettare che la legge non può avere effetto retroattivo, poichè la legge, nulla disponendo per lo passato, richiede per tutti esplicitamente l'iscrizione nell'albo, senza limitazione di sorta. Non si possono accampare quindi diritti acquisiti, poichè di fronte ad una legge che porta disposizioni di ordine pubblico, non si possono far valere diritti acquisiti, come nel campo del diritto privato.

Non si può neanche sostenere che il sanitario non abbia l'obbligo imprescindibile di chiedere la iscrizione nell'Albo, perchè il Consiglio Sanitario poteva iscriverlo di ufficio. Infatti se il Consiglio sanitario provvede alla formazione degli Albi provvisori, ciò non vuol dire che possa iscrivere di ufficio un esercente, senza che questi abbia presentata la relativa domanda.

Osserva infine la sentenza che il Tribunale di Chieti errò ritenendo che il fatto non sia punibile, perchè la legge nuova non stabilisce il termine, entro cui l'esercente deve presentare la domanda d'iscrizione, e perchè la legge non contiene sanzione alcuna contro chi non si uniformi alle dette sue disposizioni. Il termine per presentare la domanda è stabilito dall'art. 42 del regolamento 12 agosto 1911, col quale si dispone che entro un mese dalla pubblicazione del Regolamento, il Prefetto avrebbe invitato tutti i sanitari residenti nella provincia a presentare nel *termine di quindici giorni* domanda documentata per la provvisoria iscrizione nell'albo provinciale

della rispettiva professione. Non avendo ciò fatto i convenuti, ed avendo continuato ad esercitare la professione, han contravvenuto agli art. 3 della Legge 10 luglio 1910 e 9 del relativo regolamento e devono soggiacere alla pena pecuniaria comminata dall'art. 53 della legge 1 agosto 1907, che non è stato punto abrogato.

Le perizie medico-legali. — Il Consiglio della Società di medicina legale di Roma essendosi dovuto occupare a richiesta di parecchi soci delle gravi condizioni delle perizie medico-legali in Roma, specialmente per quanto concerne i cultori della medicina legale, ha votato il seguente ordine del giorno:

« La Società di medicina legale, convinta che i lamentati inconvenienti dei sistemi fin qui seguiti nella scelta dei periti medico-legali, debbono essere rimossi completamente nella esatta applicazione del nuovo Codice di procedura penale, nomina una Commissione di cinque soci coll'incarico di studiare la questione e riferirne nel più breve tempo possibile ».

Società Medica Ligure di M. S. — Giovedì 20 aprile nel locale sociale sito nel Palazzo dell'Accademia di Belle Arti in Genova ebbe luogo la Assemblea della Società Medica di M. S., con la presenza di numerosi soci.

Il Presidente fece rilevare le soddisfacenti condizioni morali e finanziarie della associazione e dopo la relazione propose l'approvazione del bilancio consuntivo del 1912, che venne fatta ad unanimità.

Da questo bilancio si rileva che il numero dei soci è di circa 250; che furono assegnate durante l'anno 1912 circa lire 2500 di sussidi; che la somma totale già distribuita a tutt'oggi dalla Società sorpassa la cifra di 85 mila lire.

In fine di seduta venne deliberato di intensificare la propaganda a favore della Società per aumentare il numero dei soci e le forze morali e finanziarie del sodalizio, per potere, col suo maggiore sviluppo, rendere più intenso e proficuo il suo nobile mandato.

A tale scopo il presidente fece calde sollecitazioni ai presenti, e rivolse vive raccomandazioni a tutti i medici-chirurghi, farmacisti, dentisti e veterinari liguri, perchè aiutino la Società con il loro concorso di iscrizioni.

Pubblicheremo prossimamente:

Silvestri, Opoterapia surreno-midollare ed epilessia;

Lagaria, Il valore del clistere preventivo sui sintomi d'anafilassi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3770) *Pensione, medici anziani.* — Il Dott. F. S. da P. C. desidera conoscere se può iscriversi alla Cassa pensioni come medico anziano rinunziando al riscatto del quindicennio anteriore, e quale pensione potrà, in tale condizione, liquidare dopo dieci anni di servizio.

Se intende rinunziare al riscatto del quindicennio anteriore, non può invocare la legge sulle pensioni dei medici anziani, giacchè per questa è esso obbligatorio col relativo pagamento del premio prestabilito.

Può avvalersi della legge comune. In tal caso, però, per conseguire il diritto alla pensione, non basta servire solamente dieci anni, ma occorre documentare di aver prestato servizio per 24 anni, sei mesi ed un giorno. Ripetendo i dati di età e di anni di servizio, non mancheremo di indicarle l'ammontare della pensione.

(3771). *Assenza per infermità. - Supplenza.* — Il dott. F. S. da I. D. C. chiede conoscere se dovendo recarsi a passare le acque abbia diritto a tre mesi di congedo in forza del proprio capitolato.

Ha ben diritto alla supplenza gratuita durante i primi tre mesi.

(3772) *Stipendio. - Pagamento.* — Al Dott. G. C. da F. S. che chiede conoscere se sia giustificato il rifiuto dello esattore a pagare gli stipendi dei medici condotti e se l'ufficiale sanitario che rilascia certificati per l'esportazione di carni macellate abbia diritto a compenso, rispondiamo che l'esattore non può rifiutarsi pel tassativo esplicito disposto dell'articolo 41 del vigente testo unico delle leggi sanitarie e che il rilascio dei detti certificati, essendo fatto nell'interesse privato, è a pagamento.

(3773) *Esercizi pubblici. - Certificato sanitario.* — Al Dott. F. P. da M. che chiede conoscere se gratuito è il rilascio dei certificati sanitari occorrenti per l'apertura di nuovi esercizi pubblici, rispondiamo affermativamente perchè detti certificati sono richiesti nell'interesse generale e pubblico della igiene e della sanità.

(3774) *Ufficiale sanitario. - Direzione ospedale. - Incompatibilità.* — Il Dott. G. G. S. da R. desidera conoscere se l'ufficiale sanitario sia ritenuto incompatibile a coprire il posto di direttore di un ospedale esistente *in loco*.

Non esiste incompatibilità fra la carica di ufficiale sanitario e quella di direttore di ospedale esistente *in loco*.

Nè è applicabile al caso l'analogia desunta dall'articolo 17 del testo unico delle leggi sanitarie, perchè le funzioni dell'ufficiale sanitario sono circoscritte a quelle indicate dal successivo articolo 21.

L'ufficiale sanitario non rappresenta poi nel Comune di sua residenza il medico provinciale, ne è rivestito di tutte le di lui facoltà, relativamente all'ambito della propria giurisdizione.

(3776) *Infortuni sul lavoro. - Prime cure.* — Al Dott. D. A. da R. che ci interpella in proposito, rispondiamo che per prime immediate cure, il cui onere è a carico dello imprenditore, si intendono quelle che occorrono per mettere in grado l'infortunato di recarsi in luogo adatto di cura. Non possono, quindi, i due interventi chirurgici, occorsi nel caso da Lei esposto, essere compresi nel novero delle prime cure ed essere pagati dallo impresario.

(3777) *Ospizio di mendicità. - Cura.* — Al Dott. Annibale Marini da Montepaone che ci interpella per conoscere se abbia diritto a compenso per la cura che egli, come condottato dei poveri, presta agli indigenti ricoverati nel locale mendicicomio, che dipende dalla Congregazione di carità, diciamo che in generale il diritto non vi è, perchè essendo i ricoverati anche poveri ed iscritti nell'elenco avrebbero sempre diritto a cura gratuita. Potrebbesi parlar di compenso se il mendicicomio accogliesse anche poveri forestieri o se il servizio fosse sottoposto a speciali modalità, onerose pel sanitario.

(3778) *Assistenza sanitaria.* — Il Dott. A. F. da T. chiede conoscere se gli operai addetti ad un opificio industriale ed inscritti nell'elenco dei poveri abbiano diritto a cura gratuita e nella negativa a chi competa l'onere del pagamento.

Si ha diritto a percepire compenso dai soli operai non compresi nello elenco dei poveri. Salvo patti o condizioni contrarie, l'onere del pagamento compete agli infermi e non alla Società, presso cui essi prestano l'opera loro.

(3779) *Capitolati. - Medico-aiuto.* — Il Dott. E. G. da P. F. chiede conoscere se sia valida la nomina del medico condotto fatta in base a capitolato approvato dal Consiglio Comunale ma non ancora dalle autorità competenti, sebbene sia stata di tale circostanza fatta menzione nell'avviso di concorso, e se sia valida l'istanza presentata da un medico con cui si dichiari pronto in caso di bisogno ed in mancanza di altri medici, a provvedere a proprie spese per un supplente.

La precedente approvazione del capitolato non è dalla legge richiesta a pena di nullità del concorso.

Il fatto costituisce quindi, una semplice irregolarità, attenuata nel caso dalla menzione esplicita contenuta nell'avviso di concorso e dalla già avvenuta approvazione degli atti da parte del Consiglio Comunale.

Sempre quando non risulti che solamente in forza della fatta esibizione del supplente, Ella fu compresa nella graduatoria e prescelta dal Consiglio, non può inficiarsi di nullità la nomina conseguita Il Comune potrebbe anche non accettare l'offerta.

Si potrebbe parlare di nullità nel solo caso che Ella, ponendo il supplente, intendesse esimersi dal fare personalmente servizio, perchè mancherebbe allora la prestazione da parte del medico scrutinato e ritenuto idoneo dalla Commissione.

(3780) *Congedi - Supplenze.* — Il Dott. G. M. da P. chiede conoscere se di due medici condotti sia l'uno obbligato sostituire l'altro durante il congedo e se per tale supplenza si abbia diritto a speciale compenso.

Non si può dai Comuni pretendere la supplenza reciproca da parte dei sanitari condotti se di tale obbligo non sia stata fatta esplicita menzione nel capitolato di nomina. In mancanza di obbligo contrattuale, potrebbe essere concesso un compenso, sempre che il sanitario si presti a lavorare oltre il normale, in modo da non far risentire la deficienza del servizio.

(3781) *Pensioni - Disinfezioni.* — Il Dott. M. A. G. P. da F. chiede conoscere se può riscattare due anni di servizio prestati prima della sua adesione alla Cassa quando egli percepiva l'assegno di sole lire 300, e se può pretendere compenso per le disinfezioni praticate, nella qualità di ufficiale sanitario, agli agiati.

Può riscattare i due anni in virtù del combinato disposto degli articoli 2 e 28 della legge 2 dicembre 1909. Le disinfezioni essendo fatte nell'interesse generale del servizio sanitario, sono gratuitamente eseguite presso le famiglie agiate.

(3782) *Rinunzia - Denunzia all'autorità giudiziaria - Armadio farmaceutico.* — Il dott. F. S. S. da S. P. I. A. chiede conoscere: 1° Se essendo stato nominato medico condotto ed avendo assunto servizio da due mesi possa dimettersi; 2° Se dovendo l'ufficiale sanitario denunziare al Procuratore del Re persone esercenti illegalmente l'arte salutare sia tenuto a fornire le prove; e 3° Se il medico condotto che gestisce l'armadio farmaceutico deve somministrare i medicinali anche senza la ricetta del medico.

Tranne espresso patto in contrario, durante il primo biennio di servizio come il Comune non può licenziarla *in tronco,* così non può Ella dimettersi. In caso di denunzia per contravvenzione all'arte salutare, occorre indicare all'autorità giudiziaria i testimoni che possono provare il fatto.

A norma dell'articolo 52 del regolamento sanitario del 1906 qualunque spedizione di medicinali dagli armadi farmaceutici deve farsi esclusivamente dal medico concessionario dietro *sua* prescrizione scritta. Dal che deducesi che se per

lo stesso medico concessionario occorre la prescrizione scritta, *a fortiori* è essa necessaria quando l'ordinazione sia fatta da altro sanitario.

(3784) *Servizio provvisorio - Stabilità.* — Il Dottore D. D. da C. D. B. desidera conoscere se un medico condotto provvisorio dopo due anni di servizio acquista il diritto a vita.

Il medico condotto se non ottiene regolare nomina in base a concorso non acquista giammai la stabilità.

(3785) *Congedo - Medico interino.* — Il Dottore N. C. da M. chiede conoscere se quale medico interino abbia diritto all'annuale congedo di un mese.

Non ha diritto perchè il congedo è accordato al *medico condotto*, mentre Ella è solamente *funzionante da medico condotto* non avendo ottenuta nomina a seguito di concorso.

(3787) *Aumento di stipendio - Previsione in bilancio - Mancanza del regolamento organico.* — Il Dott. F. F. da A. N. espone che con nuovo regolamento organico fu aumentato il proprio stipendio a lire 1500 annue e che nel bilancio 1913 fu stanziata la relativa maggiore somma occorrente. Se non che la Giunta amministrativa nella revisione del bilancio cancellò la maggiore previsione, perchè il regolamento organico non risultava ancora approvato. Chiede conoscere se egli sia obbligato a restituire il dippiù percepito durante il primo trimestre dell'anno in corso.

Prima che il regolamento organico fosse stato approvato, non avrebbe potuto essere pagato al sanitario il concesso aumento. Gli aumenti di stipendi decorrono, infatti, sempre quando nell'atto di concessione non sia diversamente stabilito, dalla G. P. A. Ella, quindi, nulla avrebbe potuto avere prima che tale approvazione fosse intervenuta.

Non sarebbe pertanto ingiustificata la richiesta del Comune per la restituzione dell'indebito percepito. Non possiamo per altro approvare l'ordine di cancellazione dal bilancio della maggior somma da parte della G. P. A. mentre questa, in mancanza di organico debitamente approvato, avrebbe potuto accantonarla momentaneamente e fino a quando l'approvazione tutoria non sarà intervenuta, nel fondo di riserva.

(3789) *Aumento di stipendio.* — Il Dott. D. G. da A. chiede conoscere quali mezzi legali occorrono per essere sicuro che l'Amministrazione municipale, da cui dipende, gli aumenterà, come promette, lo stipendio dal prossimo anno 1914.

Occorre modificare il capitolato, in quanto alla misura dello stipendio, con deliberazione consiliare ripetuta due volte pel vincolo ultraquinquennale al bilancio. Le due deliberazioni dovranno riportare del pari l'approvazione della G. P. A.

(3790) *Pensioni.* — Al sig. dott. B. F. da V. diciamo che avrà diritto alla pensione minima di lire 900 riversibile alla vedova ed agli orfani minorenni in applicazione del disposto dall'articolo 12 della legge 2 dicembre 1909, n. 744. Per ottenere la pensione deve inoltrare domanda all'ufficio sanitario provinciale allegando alla domanda: 1° l'atto di nascita; 2° l'originale laurea; 3° uno stato per determinare l'entità del servizio prestato; 4° gli atti di nomina e di conferma; 5° un certificato medico rilasciato dietro visita collegiale presieduta dal medico provinciale coll'intervento di due medici militari. Ai detti atti e documenti potrà aggiungere tutti gli altri che crederà produrre per comprovare la sussistenza del fatto al quale si attribuisce la infermità e che il fatto medesimo riunisce in sè tali condizioni da potersi considerare come avvenuto a cagione delle funzioni di medico.

(3792) *Ordine dei sanitari - Inscrizioni.* — Il Dott. G. P. da T. chiede conoscere se il trasferimento da uno ad altro Ordine di medici sia obbligatorio o facoltativo in caso di cambiamento di residenza.

Allorchè il sanitario cambia residenza ha l'obbligo di trasferire anche la propria iscrizione dall'uno all'altro albo. È facoltativo il cambio di residenza, ma quando esso avviene, non si può prescindere dal promuovere le pratiche prescritte dall'articolo 10 del Regolamento. Occorre tener presente che nell'albo di ciascuna Provincia devono essere iscritti tutti i sanitari che esercitano *nella Provincia*.

(3793) *Ufficiale sanitario - Medico delle carceri mandamentali - Direttore di ospedale - Presidente della Congregazione di carità.* — Il Dott. F. D. P. da S. C. D. L. desidera conoscere se egli possa occupare il posto di ufficiale sanitario e di medico delle carceri mandamentali che sono ora disimpegnati da medici condotti e se un medico, non iscritto all'Albo, possa essere presidente della Congregazione di carità e direttore di un ospedale, mantenuto dalla medesima.

Potrebbe ottenere il posto di ufficiale sanitario facendone domanda al Prefetto. Non vi è ragione di togliere l'incarico delle carceri al medico che attualmente lo esercita. Chi non è iscritto all'Ordine dei sanitari non solo non può essere direttore di un ospedale, ma non può esercitare affatto. Decadendo dalla direzione del nosocomio può il medico essere presidente della Congregazione di carità.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALBAREDO D'ADIGE (*Verona*). — Condotta 2° riparto; L. 3600 aument. Ab. 2100 Scadenza 15 maggio.

ARMUNGIA (*Cagliari*). — Condotta consorziale con Ballao; L. 3000 nette. Scad. 14 maggio.

ATTIMIS (*Udine*). — Condotta pei poveri; L. 4000 lorde e 3 sessenni, comprese L. 200 quale uff. san. Scad. 15 maggio.

* BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte; L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

BROGLIANO (*Vicenza*). — Condotta piena; L. 4800 lorde compresovi compenso uff. san. e L. 700 obbligo cavallo. Abit 1993. Scad. 10 maggio.

BUDDUSÒ (*Sassari*). — Seconda condotta pei poveri; L. 2000 nette R. M. Scad. 15 maggio.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto. Vedi fasc. 15.

CAMPAGNANO (*Roma*). — Condotta piena per Cesano; L. 2600 lorde ed alloggio; L. 100 per arm. farm. Scad. 7 maggio.

* CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per Bargi; L. 4500 lorde, aument.; obbl. cav. Abit. 2411. Età 21 ai 40 anni, s. e. r. Scad. 20 maggio.

CAROSINO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e L. 200 se uff. sanit. Non più di 40 anni s. e. r. Scad. 17 maggio.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Due condotte piene; L. 3000 lorde, L. 700 per obbl. cav. e L. 0.50 per visita oltre 1 km. dalla residenza. Proroga a tutto il 17 maggio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Aiuto per il turno otorinolaringoiatrico; nomina biennale, conferma biennale. Si richiede biennio di servizio effettivo in ospedali o cliniche. L. 1800 con ritenuta di R. M. Scad. ore 17 del 20 maggio.

FOMBIO (*Milano*). — L. 4000 nette, cura piena, tre sessenni, L. 200 alloggio, senza obbligo cavallo, in pianura, ab. 2130, capitolato modello. Scade 15 maggio.

FRAGAGNANO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3000, compresovi compenso uff. san. Ab. 3400 circa. Scad. 21 maggio.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde, tre sessenni. Scad. 20 mag.

GREVE (*Firenze*). — Condotta pei poveri; L. 2600 e L. 400 per cavalc. Scad. 10 maggio.

MONTEDINOVE (*Ascoli Piceno*). — Condotta piena; L. 3250. esonero cavalc. Scad. 10 maggio.

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

NAPOLI. *R. Università*. — Concorso per esame al posto di assistente della clin. ostetrica (legato Tarsitani, L. 600 annue per un biennio, salvo altra conferma biennale). Rivolgersi al Rettore. Scad. 15 maggio.

OZZANO EMILIA (*Bologna*). — L. 2500 pei poveri, alloggio, L. 800 cavallo, seconda condotta. Scade 7 maggio.

PERLEDO (*Como*). — Condotta; L. 3250 lorde e stipendio di uff. san. Scad. 20 maggio.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

* PIAZZA BREMBANA (*Bergamo*). — Condotta consorziale piena e uff. sanit.; L. 4000. Scad. 10 maggio.

PISOGNE (*Brescia*). — Condotta piena del 1° reparto; L. 4200 aument. Scad. 6 maggio.

POLA. — È aperto il concorso a un posto di medico (IV) per la Cassa ammalati del personale di stato civile dell'i. r. Marina a Pola. Emolumento iniziale 5760 cor. Le domande vanno dirette entro il 31 maggio a. c. alla cancelleria della predetta Cassa, Pola, Via Campo Marzio, 31. Allegati: oltre al diploma, cittadinanza austriaca, idoneità fisica, conoscenza delle lingue italiana, tedesca e croata.

POLVERIGI (*Ancona*). — Condotta; L. 4000, senza spesa cavalc. e casa. Scad. 20 maggio.

PRALUNGO (*Novara*). — Condotta e uff. san.; L. 1200 per 18 poveri circa e L. 100 quale uff. san. Scad. 15 maggio.

RAGOGNA (*Udine*). — Condotta libera pei poveri; L. 3500 lorde e 2 quinquenni del decimo; L. 800 pel cavallo; L. 200 quale uff. san. finchè durerà tale incarico. Ab. 6008 circa. Scad. 20 maggio.

* REGGELLO (*Firenze*). — 3ª e 4ª condotta piena; L. 3000 lorde ciasc. e 3 sessenni, oltre L. 500 per obblig. cavalc. Scad. 10 maggio.

REGGIO NELL'EMILIA. *Municipio*. — Direttore del Laboratorio Municipale di Batteriologia; L. 3600 lorde e quattro quinquenni. Nomina biennale. Scad. 20 maggio.

ROBBIATE BRIANZA (*Como*). — Condotta con Verderio Superiore; L. 3150, L. 100 quale uff. sanit. e L. 50 per bicicletta; residenza in Verderio. Scad. 15 maggio.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Esami d'idoneità per autorizzazione viaggiare come medico di bordo. Avranno luogo a Roma, nel mese di luglio, nei giorni, nelle località e nelle ore che saranno stabilite con successivo provvedimento e che verranno individualmente comunicate a ciascuno degli ammessi agli esami. Rivolgersi alla Direzione Gen. della Sanità pubblica. Scad. 31 mag.

SANT'ANGELO LOMELLINA (*Pavia*). — Condotta comunale; all'otto maggio; cura piena; stipendio L. 3250 lorde, più L. 100 quale uff. san., tre sessenni, alloggio. Ab. 1400.

SAPONARA DI GRUMENTO (*Potenza*). — Condotta; L. 1400 pei poveri, L. 1050 per gli abbienti, L. 100 quale uff. san., lorde di R. M. Età limite 50 anni s. eccez. regol. Scad. 10 maggio.

SEREN (*Belluno*). — Condotta libera o residenziale ed uff. sanit.; L. 3950 lorde aument. con obblig. cavalc., cura per 2000 poveri, per ogni 100 in più L. 75; abit. 5626. Scad. 10 maggio.

* SERRUNGARINA (*Pesaro Urbino*). — Condotta piena; L. 3200 lorde aument., L. 100 quale uff. sanit., L. 700 per cavalc., L. 200 per arm. farm. e L. 50 per assicurazione; alloggio. Ab. 2551. Scad. 15 maggio.

TEGLIO (*Sondrio*). — Condotta piena 3° riparto; L. 4000 nette. Scad. 10 maggio.

** TRESIVIO (*Sondrio*). — Condotta e mansioni uff. san., con Pendolasco; L. 4000 complessive; tre sessenni. Proroga al 20 maggio.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza.* — Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

UDINE. *Deputazione provinciale.* — Medico di riparto del manicomio; L. 2000; alloggio, vitto, ecc. o indennità di L. 600; aumentabili per sessenni o per passaggio di classe fino a L. 2530. Scad. 15 maggio.

* VALLECORSA (*Roma*). — Condotta per la generalità; L. 3000 lorde, L. 100 quale uff. sanit., oltre miglioramento in corso d'approvazione. Abit. 4164. Scad. 10 maggio.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000. Assunzione del servizio entro 15 giorni. Scad. 31 maggio.

VOLTIDO (*Cremona*). — Condotta; L. 3000 nette e 3 sessenni; L. 100 quale uff. san. Proroga al 15 maggio.

Medico-chirurgo trentenne assumerebbe, buone condizioni, interinato di un mese o due (in giugno, luglio od agosto) presso un comune in riva al mare. Scrivere: dott. Cesare Mastrojanni, Platania (Catanzaro).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazion Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Ci si comunica:

« La Presidenza della sezione vicentina dell'A. N. M. C., ricorda ai colleghi di astenersi dal concorrere al posto vacante nel 2° riparto di Recoaro, perchè la condotta è a cura piena, perchè lo stipendio gravato dell'obbligo del cavallo, R. M. e Cassa pensioni è insufficiente ed inadeguato alla vastità della condotta ed agli altissimi prezzi degli alloggi e del costo viveri, e perchè il capitolato porta articoli assolutamente illiberali e contrari alla legge ».

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e di offerte o ricerche di interinati.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: Tricomi prof. Ernesto, direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Palermo; Ferreri prof. Gherardo, ordinario di oto rino-laringoiatria nella R. Università di Roma.

Ufficiale: Segàle prof. Mario, libero docente di patologia generale nella R. Università di Genova.

CAGLIARI. — Il prof. De Lieto Vollaro Agostino è nominato straordinario di clinica oculistica.

Il prof. Taddei Domenico è incaricato della patologia speciale chirurgica.

CATANIA. — Il dott. Tomaselli Andrea è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

GENOVA. — Il dott. Calderara Antonio è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

MODENA. — Il prof. Centanni Eugenio, ordinario di patologia generale a Siena, è trasferito, col suo consenso, a Modena.

Il dott. Cardi Giuseppe è autorizzato a trasferire da Pisa a Modena la libera docenza in patologia medica.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Falcone Roberto in clinica chirurgica; Cacace Ernesto in clinica pediatrica.

NOVARA. — Il prof. Costa Romolo è nominato direttore della Scuola di ostetricia annessa all'Ospedale Maggiore.

PISA. — Il dott. Basini Ettore è abilitato alla libera docenza in Clinica ostetrica e ginecologica.

ROMA. — La Commissione giudicatrice del concorso alla cattedra di Elettroterapia e Radiologia medica nella R. Università di Roma, composta dei proff. on. Queriolo (Pisa), sen. De Renzi (Napoli), Tamburini (Roma), Spallitta (Palermo), Devoto (Milano), ha proposto: 1° Ghilarducci Francesco di Roma; 2° Maragliano Vittorio di Genova; 3° Sgobbo F. Paolo di Napoli.

I nostri rallegramenti al nostro ottimo amico prof. Ghilarducci.

La Commissione giudicatrice del concorso per due viaggi di istruzione all'estero nella Facoltà di medicina per l'anno 1912-13, composta dei professori Lomonaco, presidente, Guizzetti, Novi, Devoto, Galeotti, segretario, ha proposto primo il dott. Fulci Francesco, secondo il dott. D'Agata Giuseppe.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Olivieri Francesco in patologia medica; Guidi Luigi e Giannuzzi Armando in patologia chirurgica; Modigliani Enrico in clinica pediatrica; Musumeci Grasso in malattie delle vie urinarie.

SASSARI. — Sono nominati il dott. Gasbarrini Antonio aiuto e il dott. Barinetti Carlo assistente in clinica medica.

Sono nominati straordinari i professori Rossi Ottorino in clinica delle malattie mentali e nervose; Calderaro Salvatore in clinica oculistica.

SIENA. — Il dott. Sebastiani Valentino è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione sociale contro le malattie in Inghilterra.

L' « Associazione Medica Britannica », la quale raccoglie oltre 20,000 medici — di cui 18,500 esercenti nell'Inghilterra e 2,000 nelle colonie — senza alcuna distinzione di partiti politici, ingaggiò con vigore la campagna contro la legge di cui ci siamo già occupati (*).

In un *referendum* promosso dall'Associazione, 26,000 medici soci e non soci s'impegnarono a non prestare il loro concorso al Governo se non fossero stati riconosciuti i loro diritti, concretati in sei « principî cardinali ».

In un'assemblea di rappresentanti dell'associazione, tenutasi il 20 nov. 1912, le condizioni offerte dal Governo vennero ad unanimità assoluta dichiarate inaccettabili e recisamente e clamorosamente rifiutate. Si minacciò lo sciopero generale dei medici o, meglio, il rifiuto di locare la propria opera, qualora i loro desideri, concretati nei sei « principî cardinali », non fossero stati accolti.

Lloyd George intervistò personalmente tutti i capi dell'Associazione, usando di molti argomenti per indurli a secondare il Governo nel suo grave compito. In un comizio invocò i doveri del medico verso la collettività e fece appello alla missione umanitaria del medico. In un'altra occasione ricorse alle minacce. Ma i medici replicavano che non c'è nulla di nuovo nè di sorprendente a voler sfruttare i loro sensi di umanità; che una volta tanto intendevano ribellarsi; che non intendevano portare essi il peso delle miserie dei loro simili.

***

La vigorosa campagna dei medici tenne in sospeso l'applicazione dell'*Insurance Act*.

In linea di transazione e a titolo di esperimento Lloyd George stabilì che la legge fosse attuata solo provvisoriamente, per 3 mesi, dal 15 gennaio al 15 aprile 1913. Inoltre nel regolamento (*insurance Regulation*) dispose che per retribuire l'opera dei medici i comitati distrettuali fossero liberi, in seguito a *referendum*, di optare tra parecchi sistemi che dalla capitazione assoluta vanno al pagamento per visita, quali metodi estremi, con facoltà di combinare i due metodi in molte varianti. Infine Lloyd George si decise coraggiosamente a raddoppiare quasi il compenso offerto ai medici per ogni assicurato, portandolo di colpo a lire 10,62. Così i proventi del medico venivano ad essere di oltre 3000 lire l'anno per ogni 300 assicurati, ossia per una quindicina di cure, a parte la clientela pagante, che non si esauriva per questo.

Risultato: di concessione in concessione Lloyd George riuscì a suscitare i dissensi in seno all'Associazione.

***

Per principio i dirigenti decisero che le offerte del Governo fossero ancora da rigettare; che si dovesse rispondere alle concessioni ottenute insistendo nel programma massimo: *ne varientur*.

Essi continuarono dunque la lotta, ma trasportandola dal campo delle rivendicazioni economiche sul terreno del regolamento organico, il quale imponeva ai medici la dipendenza disciplinare dai Consigli d'assicurazione.

Se ne fece una questione di dignità professionale. Ma in fondo si trattava di una questione subordinata, su cui sarebbe stata forse possibile un'intesa.

Venne indetta un'assemblea generale pel 21 dicembre 1912. In questa importante riunione i delegati riconobbero i vantaggi notevoli riportati; la nuova quota offerta dal Governo venne riconosciuta sufficiente; ma la votazione parve far credere che la maggioranza dei delegati (182) stesse ancora con la direzione e contro il Governo; che i dissenzienti (21) fossero in ristretta minoranza. L'ordine del giorno votato proclamava che le offerte del Governo, malgrado gli emendamenti, erano « contrarie alla dignità della professione ».

Forti di questo assentimento, i dirigenti continuarono l'ostruzionismo organizzato e sistematico.

***

Ma la votazione non aveva raccolto i suffragi generali poichè oltre la metà dei medici non era rappresentata al *referendum*.

Così il risultato della votazione fu fallace. La fallacia del risultato preludette un disastro.

Si parla ora della necessità di riformare il sistema di votazione; di non limitare il diritto di voto ai soli intervenuti, ma di estenderlo a tutti i rappresentanti, avvalendosi della posta per quelli che non possono intervenire (postage vote). Non comprendiamo come questo sistema razionale non venga adottato per tutte le votazioni importanti.

Nel fatto, i medici di molti distretti giudicavano in grande maggioranza buone le nuove condizioni offerte dal Governo e non volevano andare incontro alle conseguenze di una lotta a oltranza.

Così le defezioni cominciarono.

(*) Vedi fasc. 15.

***

I primi medici a iscriversi nelle liste, a « go on the panels », furono i rifiuti della professione, i « ne'er-do-wells », incuranti delle minacce di « boycott » o d'isolamento professionale lanciate loro dall'Associazione.

Ma nel frattempo il partito liberale incoraggiava tutti i medici di sentimenti democratici ad iscriversi e conduceva un'attivissima campagna contro i dirigenti l'Associazione, sui quali gettava il discredito.

Si parlò di una cospirazione ordita contro il Governo; si sospettò che la direzione si lasciasse influenzare dal partito conservatore; si disse perfino che essa era il rifugio dell'aristocrazia medica inglese, un baluardo dei reazionari; che voleva far fallire la legge unicamente perchè sostenuta da avversari politici e in quanto che sarebbe stato un trionfo pel partito conservatore se una legge democratica così importante non si fosse potuta approvare.

Si ricordò che un tempo l'Associazione era stata favorevole alla legge, ma aveva cambiato rotta da quando alla direzione erano subentrati alcuni ricchi consulenti e specialisti.

Si proclamò che la direzione respingeva di partito preso ogni conciliazione con esigenze non solo esagerate ma ridicolmente impossibili; che persistere in questo conservatorismo feroce e maldestro significava spingere troppo lontano, da parte dei capi, l'ostilità politica e la ribellione al Governo; che ai medici conveniva di affrancarsi e dar prova di condiscendenza e di arrendevolezza verso il Governo, iscrivendosi.

Cedendo a queste sollecitazioni dei partiti popolari, alle lusinghe del Governo ed alla suggestione dell'esempio, molti medici risolvettero di arruolarsi, di « andare sulle liste ».

Erano in maggioranza i meno fortunati della professione.

In molti casi, pure accettando esprimevano il loro vivo rincrescimento.

***

Malgrado tutto al 31 dicembre, epoca fissata per chiudere le prime liste, risultò che queste erano molto incomplete: in alcuni distretti non si era iscritto neppure un medico.

Ma bastava perchè Lloyd George potesse organizzare un piano di lotta contro i medici recalcitranti e che dichiaravano di non volersi asservire al Governo.

In un discorso tenuto il 2 gennaio innanzi al Consiglio dell'Istituto d'assicurazione — la più alta autorità in materia creata dalla legge — egli espose una serie di provvedimenti inconcepibili da parte di un Governo liberale, atti a fiaccare ogni resistenza. Ad esempio, minacciava di chiudere l'iscrizione per alcuni anni in modo irrevocabile, mentre secondo la legge i medici avrebbero potuto iscriversi in qualunque momento nelle liste. Così il monopolio dell'assicurazione sarebbe rimasto per un lungo periodo ai medici crumiri, ai « blacklegs », che intanto si sarebbero affermati, assicurandosi la clientela.

Egli intendeva inoltre di autorizzare i medici iscritti ad assumere degli assistenti loro subordinati. La legge lo vietava; ma per salvare la lettera se non lo spirito della legge, sarebbero stati nominati dal Governo.

Nei distretti dove nessun medico era iscritto, si sarebbero inviati d'ufficio i medici di altri distretti, con stipendi fissi di 12,500 a 17,500 lire.

La legge conteneva una clausola che lasciava liberi gli assicurati d'intendersi con un medico di loro fiducia, anche se non iscritto; ma secondo Lloyd George questa concessione doveva interpretarsi in modo molto restrittivo.

La legge era così insidiosa, da consentire queste interpretazioni. Non solo, ma essa conferiva poteri statutari al Comitato d'assicurazione: così il Parlamento inglese aveva creato fuori di sè un corpo le cui deliberazioni sarebbero divenute legge del paese.

Le misure più gravi e impreviste potevano dunque essere adottate a colpo sicuro contro i medici.

Significava andare incontro a una rovina da parte di moltissimi medici resistere, sovratutto nei distretti industriali.

Cedendo all'autocratismo del Governo, essi si affrettarono ad iscriversi.

***

Così venne rapidamente disegnandosi uno stato di guerra nella classe medica inglese, divisa in due campi, che tendevano a sopraffarsi: da un lato l'Associazione medica britannica, capitanata dai così detti « grossi papaveri conservatori », inflessibili nei loro principii; dall'altra le fitte schiere dei defezionisti, economicamente più deboli, che costituirono una nuova associazione, la quale combatteva i sanitari ribelli al Governo.

La campagna era condotta con acrimonia, come nessuno avrebbe mai sospettato possibile nella pacifica Inghilterra.

Le file dell'Associazione si facevano di giorno in giorno meno compatte, al punto che ben presto più di 15,000 medici s'impegnarono a dare le loro cure agli assicurati, alle condizioni offerte dal Governo.

Non c'è da sorprendersi se alcuni medici che erano stati tra i più fedeli adepti dell'Associazione e tra gli oppositori più validi del Governo, finissero per cedere alla forza travolgente del numero.

Quel numero era ampiamente bastevole ad assicurare quasi dovunque il funzionamento del nuovo Istituto.

Così la lotta è stata vinta dal Governo. Lo sciopero si è risolto in una diserzione in massa dei gregari, in un fallimento della politica dell'Associazione Medica Britannica.

***

Questa aveva lottato con tenacia, conseguendo notevoli concessioni; i crumiri ne traevano tutti i vantaggi.

In seguito a questa disfatta clamorosa si tenne una nuova adunanza di rappresentanti.

La classe medica inglese ne attendeva con ansia le deliberazioni.

In seno all'adunanza si disegnarono due partiti. Le discussioni durarano due giorni e furono improntate a simpatia pei defezionisti; si riconobbe che questi erano per la maggior parte stati costretti dalla forza maggiore e contro la loro volontà a tradire i loro colleghi. Si dichiarò che sarebbe stato indebolire l'Associazione sottrarne tanti gregari; che si correva il pericolo di alienare nuove schiere di medici rimasti fedeli; quindi si deliberò di rendere intera libertà a tutti i soci d'iscriversi nelle liste, qualora lo ritenessero conveniente.

La vittoria del Governo veniva sanzionata.

La campagna perduta è costata all'Associazione circa un milione, di cui 150,000 lire erano state regolarmente stanziate, circa 350,000 furono prelevate dal fondo di riserva, 50,000 sono state versate dai soci, grazie all'aumento delle quote, e 400,000 di *deficit* restano da coprire. Molta parte delle spese è stata sostenuta pei viaggi dei membri dell'Ufficio di presidenza e per indennità ai delegati: ogni adunanza generale veniva a costare 12,500 lire.

La sconfitta è stata moralmente ed economicamente disastrosa per l'Associazione; ma i vantaggi che questa ha potuto conquistare a favore dei medici restano assicurati.

***

Con qualche limitazione e *modus vivendi* la legge potè essere attuata in tutta l'Inghilterra.

Solo in pochi distretti perdurarono delle difficoltà.

L'opposizione fu più forte e ostinata a Londra, dove sopra 7000 medici solo 1000 s'iscrissero (mentre ce ne sarebbero voluti 5000). Ciò costituiva in media un medico su 1000 assicurati. In fondo poteva bastare, ma in alcuni distretti di Londra si andava 1 : 3000 ed in un distretto ad 1 : 5000. L'opposizione era tenuta desta specialmente dal « London Medical Committee », il quale seguiva la stessa politica dell'Associazione pur essendo da questa indipendente e perseverò nella lotta anche dopo che l'Associazione si fu ritirata.

Si sono succedute di continuo delle adunanze promosse da questo Comitato. Molti medici impegnati nell'organizzazione della campagna avevano tanto da fare, che non trovavano neppure il tempo per dormire.

Avvalendosi di un paragrafo della legge il quale consente un'intesa diretta di ogni assicurato con un medico di fiducia, il Comitato tentava di organizzare un nuovo sistema di assicurazione. L'agitazione era dunque diretta precipuamente ad insistere presso i londinesi perchè designassero e favorissero il loro medico di famiglia, fosse o non iscritto nelle liste.

Per questa propaganda furono persino mandati in giro degli uomini sandwich!

Ad un imponente meeting, presieduto dall'ex sindaco di Londra (il quale era stato per oltre 50 anni medico esercente), oltre 2000 medici londinesi dissenzienti formularono delle proteste vivaci e pronunziarono molte parole amare contro il Governo. Turner paragonava Lloyd George ad una cometa di cattivo augurio.

I medici dissenzienti esigevano dei rappresentanti propri in seno al « London Insurance Committee », distinti da quelli dei colleghi i quali avevano accettato: pretesa legittima, poichè i medici liberi, vittime del conflitto, erano meritevoli di salvaguardia.

Invece la « National Insurance Practitioner's Association » promuoveva l'iscrizione dei medici londinesi nelle liste. In un lungo « manifesto » sosteneva l'utilità e la convenienza d'iscriversi, in vista sovratutto della circostanza che l'adozione della legge era fatta provvisoriamente e solo in via di esperimento.

***

La confusione dominava sovrana in tutta l'Inghilterra. Prevalevano considerazioni particolariste e locali. Si andava incontro ad esitazioni e incertezze continue. Gli sforzi generali erano diretti a trovare una formula unica, che desse ragione a interessi diversi e antagonisti.

Mentre continuavano i dissidi e le discussioni e i *pourparlers*, la legge funzionava.

Vedremo in un ultimo articolo con quali risultati.

L. VERNEY.

LETTERE DA PARIGI

Chirurgia intestinale.

Disturbi digestivi d'origine coli-cecale. — Il prof. Delbet comunica all'Accademia di medicina (seduta del 16 aprile) uno studio sulla questione. Due categorie di lesioni sembrano capaci di produrre una sindrome che si avvicina a quella della appendicite e che può quindi portare ad errori diagnostici: la mobilità anormale del cieco e la ectasia cecale. Le due lesioni si presentano talvolta indipendentemente l'una dall'altra, altre volte invece si trovano associate. Del resto però la dilatazione del ceco è così frequente negli appendicitici che molti chirurghi la considerano un sintomo di appendicite e non è facile di riconoscere in parecchi casi se l'ectasia dipenda dalla appendicite, o se invece la dilatazione cecale sia una delle cause dell'appendicite.

La mobilità anormale del ceco è forse capace di determinare delle crisi dolorose, producendo degli stiramenti sull'appendice anche quando questa sia perfettamente sana.

In ogni modo è certo che la mobilità e la dilatazione del cieco sono capaci di avere una parte importante nella patogenesi dei disturbi digestivi attribuiti all'appendicite. Il prof. Delbet per tal ragione tutte le volte che opera l'appendicectomia usa ridurre le dimensioni del ceco, se tali dimensioni sono riscontrate anormali, a mezzo di una ripiegatura fissata alla parete addominale anteriore.

Occlusione intestinale da calcolo biliare. — I professori Dufour, Desmarets e Legros comunicano alla Società medica degli ospedali (seduta 11 aprile) un caso interessante di occlusione intestinale prodotto da un grosso calcolo, un vero stampo della cistifelle lungo sei centimetri e con nove centimetri di perimetro, che si è introdotto nel duodeno passando direttamente attraverso una ulcerazione che metteva in comunicazione l'angolo duodenale sottoepatico colla cistifelle.

Il calcolo è arrivato alla valvola ileocecale e là, non potendo superare l'ostacolo, ha portato alla occlusione, causa della morte dell'infermo malgrado l'intervento.

Si trattava di una donna di 60 anni, che era stata curata 36 anni prima per sintomi di peritonite. L'autopsia ha dimostrato la presenza di relitti d'una gravidanza extrauterina sotto forma di una cisti, a contenuto muco-purulento, che racchiudeva qualche piccolo osso del feto, e della testa e una parte della cintura scapolare fetali restati liberi, con qualche aderenza peritoneale che li riuniva al sacro.

Per quel che concerne l'atto operativo, questo si limitò a una appendicectomia con formazione di ano artificiale e gli autori consigliano invece in casi analoghi di ricorrere ad una laparotomia completa piuttosto che di contentarsi di una operazione più limitata e che rischia, come nel caso attuale, di essere insufficiente.

Occlusioni intestinali intercorrenti delle peritoniti tubercolari. — Alla Società di chirurgia, il prof. Morestin (9 aprile 1913) parla di alcuni casi interessanti che egli ha avuto occasione di osservare. Una prima volta constata in un individuo all'apparenza sano dei violenti dolori intestinali, *facies* addominale, vomiti fecaloidi. Il dolore era localizzato alla palpazione nella fossa iliaca destra.

Si fece diagnosi di peritonite appendicolare e occlusione intestinale. All'intervento si trovò una peritonite tubercolare diffusa e conglomerazione di anse intestinali. Distaccate le aderenze, i gas passarono sotto gli occhi dell'operatore; l'ammalato guarì, ma ne residuò una fistola cicatriziale che resistette alle cure, fino a che l'infermo fu perduto di vista.

Una seconda volta si trattava di una donna caduta improvvisamente in uno stato di occlusione gravissimo; trasportata alla clinica chirurgica per essere operata i sintomi migliorarono grandemente.

Sottoposta all'operazione, si trovò una peritonite tubercolosa con aderenze delle anse intestinali, l'ammalata guarì.

In altri casi Morestin ebbe ad osservare sindromi analoghe. Le cause anatomiche di tali occlusioni sono ancora mal definite. L'operazione riesce talvolta inutile, tal'altra porta a dei risultali straordinari.

Il prof. Landouzy all'Accademia delle Scienze.

Il corpo sanitario francese è assai lusingato e soddisfatto dell'avvenuta elezione del prof. Landouzy all'Accademia delle Scienze, cioè ad una delle cinque grandi categorie in cui è suddiviso l'« Institut de France », i cui membri sono detti « les Immortels ».

Raramente un medico riesce ad entrare all'« Institut », ed il prof. Landouzy è ora il solo membro della Facoltà di medicina che ne faccia parte.

La carriera scientifica di questo grande cultore dell'arte medica è piena di titoli gloriosi degni della riconoscenza dell'umanità sofferente, sopra tutto nel dominio della tubercolosi. Egli ha scoperto che le pleuriti *a frigore* non sono altro che delle pleuriti tubercolose, e questo in un tempo in cui tale affermazione suonava audacia senza nome. Egli ha dimostrato l'origine tubercolosa di una quantità di sindromi morbose delle più

più varie, ed ha impresso l'orma profonda della sua genialità nello studio della ereditarietà della tubercolosi, dimostrando che non si tratta nella immensa maggioranza di casi di un passaggio del germe dalla madre al feto, ma di una tendenza alla produzione di turbe distrofiche di cui ha potuto ben fissare i caratteri e i tipi.

Il pubblico italiano conosce bene la bella figura di pensatore e di lavoratore infaticabile del Preside della Facoltà di medicina di Parigi; ancora non è spento l'eco del suo mirabile discorso tenuto nel passato anno nelle antiche mura di Castel Sant'Angelo, quando egli diffondeva il nuovo verbo della Medicina sociale, propugnando la lotta contro i flagelli che decimano l'umanità. Da tempo il prof. Landouzy combatte e vince delle grandi battaglie contro la tubercolosi, la sifilide e l'alcool ed è l'apostolo ardente di quella profilassi delle malattie evitabili, che è la più grande conquista della scienza moderna.

L'Italia medica ha in questo momento a Parigi il suo rappresentante « più puro » come lo chiamò il Landouzy quando lo ricevette nella sua clinica dell'Ospedale Laënnec.

Guido Baccelii, socio straniero dell'« Institut de France » da più di un ventennio, si è assai compiaciuto del meritato onore tributato al collega eletto membro della detta assemblea.

Quegli che, come Landouzy in Francia, ha in Italia combattuto e vinto, nel più santo degli ideali, le più grandi battaglie per il progresso umano, ha pôrto il saluto augurale e spontaneo all'illustre collega, e il suo gesto non ha soltanto dimostrato un sentimento di personale affetto, ma ha voluto rappresentare ancora il devoto omaggio di tutti i medici d'Italia.

Parigi, 20 aprile 1913.

Dott. GOD.

NOTIZIE DIVERSE

Guido Baccelli a Parigi.

Il 28 aprile l'on. Guido Baccelli ha visitato la clinica ginecologica della Facoltà all'ospedale Broca, diretta dal prof. S. Pozzi. Numerosi medici francesi ed esteri avevano tenuto ad essere presenti alla visita del maestro italiano alla clinica.

Il prof. Pozzi ha ricordato fra gli applausi dell'uditorio le principali ricerche scientifiche che hanno illustrato il nome del maestro italiano.

Il prof. Baccelli lo ha ringraziato commosso e si è ritirato soddisfattissimo dell'accoglienza ricevuta.

Alleanza Romana per la lotta antitubercolare.

Il giorno 18 aprile si è riunita l'Assemblea generale dei rappresentanti delle Istituzioni alleate sanitarie, di beneficenza e sociali di Roma per la lotta antitubercolare. Il presidente prof. Tamburini ha presentata la relazione generale morale e finanziaria dell'Alleanza mettendo in evidenza l'operato della Commissione centrale sia per la la tubercolosi, sia per promuovere e favorire tutte le opere dirette alla nobile lotta e più specialmente intrattenendosi sulla benefica Istituzione profilattica creata dall'Alleanza, cioè la *Colonia-Scuola « Regina Elena » per i fanciulli poveri predisposti alla tubercolosi.* Rilevò con soddisfazione il grande numero di egregie persone, specialmente gentili signore, che in breve tempo sono entrate a far parte del Comitato di patronato della Colonia, che superano già il centinaio, e come il Municipio e lo Stato siano entrati attivamenee nella lotta contro la tubercolosi specialmente colla istituzione di Dispensari antitubercolari in Roma E chiuse facendo appello alla beneficenza pubblica e privata, per potere aumentare il numero dei posti gratuiti nella Colonia per i predisposti, e per potere istituire una nuova e grande Colonia, che risponda a tutte le esigenze di questa efficace forma di benefica lotta preventiva contro la tubercolosi.

Indi il comm. Caruso espose e chiarì i risultati del bilancio consuntivo dell'Alleanza nel 1912, mettendo specialmente in evidenza i buoni risultati economici, profilattici e morali ottenuti colla costituzione della Colonia per i predisposti, e svolse i criteri a cui la Commissione centrale intende informare la propria opera per dare il maggiore sviluppo possibile a tale Istituzione.

Approvato anche in base alla relazione dei revisori dei conti, il bilancio consuntivo, si procedè alla elezione dei nuovi membri della Commissione centrale dell'Alleanza e risultarono eletti la contessa Lavinia di Brazzà, la contessa Danieli Camozzi, la signora Chiaroviglio-Giolitti, la marchesa Denti, il principe Ludovico Chigi, il prof. Rossi Doria e il dott. Ranelletti.

Infine gli intervenuti all'Assemblea assicurarono il loro interessamento e la loro partecipazione all'appello della beneficenza ideato dalla Commissione centrale, cioè alla diffusione e alla vendita di speciali cartoline illustrate a beneficio della Colonia-Scuola « Regina Elena » per i fanciulli poveri predisposti alla tubercolosi.

Il dispensario antitubercolare « Re Umberto ».

Per generosa iniziativa e grazie alla munificenza della Regina Madre, con l'aiuto e il consiglio di dottissimi sanitari e igienisti, nel luglio del 1911 sorgeva a Roma in via dei Riari un Dispensario antitubercolare, che fu fornito di tutto quanto la scienza moderna consiglia, e che riscosse le approvazioni illimitate ed ed entusiastiche del prof. Calmette, che di questi istituti era stato ed è uno dei più strenui propagandisti.

La relazione dell'anno 1912, pubblicata e compilata con rara cura e chiarezza dai distinti dottori Mazzolini e Sereni, dà notizie dettagliate delle condizioni del Dispensario e del lavoro proficuo ed esteso compiuto fino al 31 dicembre dell'anno scorso.

Il personale medico del Dispensario è composto dai direttori professori R. Marchiafava, G. Quirico e G. Bastianelli e dai medici dott. Mazzolini, Sereni, Moretti e Cherubini.

Sino al 31 dicembre, in poco più di un anno, nel Dispensario vennero visitati ed assistiti 2224 malati, ai quali furono dati tutti i consigli e i mezzi per curarsi e per non diffondere la loro malattia.

L'ambulatorio « G. Baccelli » a Tripoli. Un'istituzione che scompare.

Per ordine del Governatore di Tripoli è stato chiuso questo ambulatorio, che tanta parte aveva avuto, insieme alla scuola, nel cattivare alla nostra civiltà la simpatia e l'affetto devoto della popolazione indigena prima della nostra conquista.

Esso aveva una tradizione. Era stato fondato l'8 dicembre 1902, per iniziativa del ministro degli esteri on. Prinetti, e per opera del dott. Barba Morrihy, sotto la cui illuminata e attiva direzione assunse incremento notevolissimo. Dal 1902 al 1910 aveva accolto 74 368 individui, quasi tutti arabi. Durante l'epidemia di vaiolo aveva eseguito 27,000 vaccinazioni, vincendo diffidenze che parevano irriducibili.

Era legittimo presumere che sarebbero state aperte altre istituzioni modellate su quella creata dal Morrihy.

In tutte le città civili gli ambulatori si moltiplicano e nella capitale della Libia avrebbero risposto al mandato civile dell'Italia.

Invece si è provveduto a sopprimere l'unico ambulatorio esistente, il quale era stato propugnacolo di civiltà, aveva un glorioso passato e continuava a funzionare egregiamente.

Non scorgiamo l'opportunità della misura adottata, anche perchè l'Ospedale intitolato a Vittorio Emanuele III sorge lontano dal quartiere musulmano ed ebreo, cui l'ambulatorio era precipuamente destinato.

Vittima della sua abnegazione.

Riportiamo da « La Nuova Italia » di Tripoli (12 aprile):

Il prof. Raffaele Onorato, primario nel nostro ospedale civile e presidente del Comitato libico della Croce Rossa, da questa notte si trova in grave stato di salute.

Operando giorni fa un arabo colpito dal tetano, casualmente si punse con un ago col quale aveva fatto una sutura sul paziente. Immemore di sè, continuò la difficile e dolorosa operazione. Due o tre giorni or sono, però, un piccolo rossore lo avvertì della grave minaccia che gli sovrastava; si fece delle iniezioni di siero, che però a nulla valse, giacchè il valoroso e sventurato dottore fu colpito da violente convulsioni.

Il tetano cominciava la sua inesorabile opera di distruzione.

Il prof. Onorato conserva lucidissima l'intelligenza ed ha, con straordinaria intuizione del suo stato, preso parte al consulto fatto dagli altri medici su di lui.

Egli è, come sempre è stato, di una straordinaria freddezza e fermezza: si fa da sè le iniezioni, benchè non abbia voluto sottostare all'operazione, ritenendola inutile e inopportuna.

Per il decoro della scienza, per il bene dei malati della nostra città, per il maggior vanto del nostro ospedale, facciamo i voti più ardenti perchè il prof. Onorato, martire del suo dovere e della sua abnegazione, possa scampare al pericolo immenso che gli è sopra, e tornare ai suoi studi prediletti ed ai suoi malati che han sempre costituito tutti i suoi affetti, tutti i suoi pensieri ».

Da ulteriori notizie apprendiamo che l'illustre sanitario è andato sensibilmente migliorando.

Tutta la città di Tripoli ha seguito con ansia il decorso del male.

Formuliamo i più fervidi auguri di una breve convalescenza.

Assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro.

Il ministro Nitti, secondo l'impegno preso innanzi al Parlamento, ha nominato una Commissione per lo studio delle riforme da introdurre nel regime delle assicurazioni per gli infortuni sul lavoro, componendola come segue: sen. Gorio, presidente; Conti, Lustig, on. Cabrini, Rasponi, Rubini, prof. Montemartini, direttore dell'Ufficio del lavoro, comm. Giuffrida, direttore del Credito e Previdenza, comm. Palcioni, ispettore generale dell'industria, comm. Riveri, del Ministero delle colonie, comm. Scodnik, vice-direttore dell'Istituto nazionale delle assicurazioni, cav. Bargoni, direttore della Cassa nazionale infortuni, D'Aragona e Buozzi, rappresentanti degli operai.

La Commissione deve occuparsi tanto delle norme della procedura che il Governo desidera rendere più severa contro la simulazione e la truffa, riducendo allo stretto necessario il costo dell'assicurazione, quanto dell'estensione delle assicurazioni a nuove categorie di lavoratori dell'industria, del commercio e dell'agricoltura.

Le Casse libere di maternità.

Si è riunito in Roma il Comitato esecutivo della federazione fra le Casse libere di maternità, composto delle signore Nitti, Norsa e Marselli, del comm. Franchi e dell'on. Raineri.

Presidente della federazione venne eletto l'onorevole Raineri, vice-presidente la signora Marselli Valli.

Nelle due riunioni vennero presi gli opportuni accordi per l'ordinamento interno della federazione, e per la propaganda necessaria alla creazione di Casse nuove ed all'incremento di quelle già esistenti.

Infine venne fatto voto che nella eventualità di provvedimenti legislativi che permettano il matrimonio alle telefoniste, sia provveduto a regolare con disposizioni di legge l'assistenza e la previdenza per la loro maternità.

Per l'assistenza all'infanzia.

Nella sede dell'Ordine dei medici della provincia di Milano, sotto la presidenza del dott. Filippetti, si radunarono molti pediatri di Milano per discutere il migliore ordinamento tecnico da indicare alle autorità per la soluzione di importanti problemi d'assistenza sociale riguardanti l'infanzia.

Dopo una breve esposizione, con interessanti proiezioni riflettenti varie istituzioni di assistenza infantile di Parigi, Berk sur Mer, Charlottenburg e Berlino, fatta dal dott. Ugo Bottelli, s'iniziò la discussione, che fu animata e a cui presero parte molti intervenuti.

Fu votato all'unanimità un ordine del giorno presentato dal sen. Mangiagalli.

Fu dato incarico a una Commissione composta dal dott. G. Forlanini, prof. Mangiagalli, professor Grassi *senior*, dott. Hajech, prof. Carlo Cattaneo di studiare la questione e riferirne al più presto in altra assemblea.

Corso di psicopatologia criminale.

Il prof. P. Del Greco, medico-direttore del Manicomio provinciale di Como, tiene presso gli Istituti clinici di perfezionamento un ciclo di conferenze di psicopatologia e di psicologia criminale. Nel giro di otto conferenze egli si propone di passare in rassegna la vasta materia.

Riportiamo i temi di alcune conferenze: « I simulatori »; « Le meraviglie dell'isterismo e il problema delle facoltà medianitiche »; « Agitatori ed eroi politici dal punto di vista del medico psicologo »; « I regicidi »; « Di qualche grande dominatore ». Le conferenze hanno luogo al sabato.

Un ospedale distrutto dal fuoco.

Un incendio ha interamente distrutto l'Ospedale di Edolo, nell'alta valle Camonica, appartenente alla Congregazione di carità.

Si è provveduto al salvataggio degli ammalati degenti nelle sale calandoli dalle finestre.

L'opera pietosa è stata compiuta dai popolani e dai pompieri del luogo, coadiuvati da riparti del 5° alpini e del 68° fanteria. I disgraziati furono trasportati in salvo nelle case dei vicini.

I danni ascendono a 20,000 lire circa.

Le condizioni sanitarie di Vallona.

Il piroscafo « Albania », che fece scalo a Vallona dopo la fine del blocco greco, ebbe una accoglienza commovente.

Il medico della guarnigione turca, composta di duemila soldati, implorò gli si desse la farmacia di bordo e fece una narrazione impressionante.

I feriti e gli ammalati fra le truppe erano molti ed egli non aveva nè sublimato, nè fasce, nè garza, nè chinino. I soldati morivano senza che egli potesse recar loro alcun aiuto. I prezzi dei viveri erano saliti a cifre fantastiche.

Il capitano del piroscafo fece consegnare al medico la farmacia di bordo e ordinò che tutte le derrate che si trovavano sul piroscafo fossero destinate alla popolazione.

Incerti professionali.

La Corte d'Appello di Milano ha confermato una condanna che era stata inflitta dal Tribunale al dott. Braccio Braccini, su denunzia dell'industriale Felice Bisleri, per abuso di autorità, avendo il Braccini dichiarato inquinato un vagone d'acqua di Nocera Umbra la quale all'analisi risultò essere purissima.

La condanna importava due mesi di detenzione e il pagamento dei danni; ma la Corte d'appello ha concesso il doppio benefizio del perdono e della non iscrizione nel casellario penale.

La lotta contro il cancro in Germania.

Si sono adunati a Berlino in unica assemblea i due Comitati tedeschi per la lotta contro il cancro (Deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten e Deutsches Landeskomitee für die Krebsforschung).

Il prof. Orth, che presiedeva l'adunanza, fece una relazione poco incoraggiante sullo stato odierno delle nostre cognizioni. Riguardo all'etiologia, egli rilevò che le interessanti ricerche compiute da Fibiger, di Copenaghen, c'illuminano ancora poco; esse comprovano che gli elminti possono essere agenti « provocatori » delle neoplasie, analogamente a molti stimoli fisici, chimici, biologici; ma non conferiscono però agli elminti dignità di agenti etiologici specifici. Essendo ancora oscura l'etiologia, non c'è da sorprendersi se i mezzi terapeutici vengono mal diretti e restano in gran parte poco efficaci. Soltanto l'operazione chirurgica precoce conserva il suo posto nella terapia del cancro; ma essa richiede che divengano di dominio pubblico i sintomi iniziali nonchè i successivi ai quali può condurre. In questo senso è stata diretta l'opera delle due Società.

Il segretario G. Meyer riferì sulle misure all'uopo adottate, tra cui la pubblicazione di molti opuscoli.

Il prof. von Wasiliewski di Heidelberg insistette sulla opportunità che gl'istituti per lo studio del cancro collezionino largamente e studino anche i cancri animali.

Il prof. Boas rilevò come il cancro delle vie digerenti sia più comune in alcuni distretti e ritenne che le persone a contatto con gli animali, come i guardiani di caccia, sono molto soggetti alla malattia; quindi invitò a studiare i rapporti tra cancro animale e umano.

Uso fraudolento di un certificato.

Il dott. Arturo Latham di Londra, competente studioso della tubercolosi, ha sporto querela contro la Casa Stevens and Co., perchè questa negli annunzi di *réclame* ad una specialità farmaceutica per la cura della tubercolosi, aveva inserito un certificato del querelante, in modo da indurre i lettori nella erronea convinzione che esso comprovasse una guarigione ottenuta mediante il rimedio.

Invece il Latham aveva attestato semplicemente che all'atto del suo esame non rinveniva traccia di tubercolosi in evoluzione.

Dal dibattimento è risultato che un'intesa era interceduta tra il falso paziente e la Ditta.

Il Tribunale ha condannato la Ditta a sopprimere il certificato del Latham dai propri annunzi di *réclame* ed a pagare le spese.

La stessa Ditta aveva intentato un'azione giudiziaria contro l'Associazione medica britannica, perchè questa aveva incluso il prodotto in questione nel volume dei « Secret Remedies »; ma il giurì non venne ad un verdetto.

Rassegna della stampa medica.

Klin.- ther. Woch., 10 febbr. MOELLER. « L'immunizzazione e la cura antitubercolare con bacilli tubercolari viventi di animali a sangue freddo.

The Americ. Journ. of. the Med. Sciences, febbr. MAYO. « Sulla chirurgia del crasso ». — VAUGHAN. « I rapporti tra l'anafilassi. l'immunità e le malattie ». — WHITE. « Cause delia fatica nel lavoro industriale ».

Die Ther. d. Gegenw., febbr. LAURITZEN. « L'acidosi diabetica e la sua cura ». — NEUMANN. « Il benzolo nella leucemia ». — KLEMPERER e HIRSCHFELD. « Il thorium X nelle malattie del sangue ».

Rev. de Méd., 10 febbr. LABBÉ. « Sindrome di disidratazione acuta da diarrea e vomito ». — SÉZARY e SALES. « Elefantiasi bacillare ». — RODRIGUEZ. « Nuove vedute sul diabete ».

Rev. de Chir., 10 febbr. JACOB. « Sulla chirurgia del gomito ». — MARTINI. « Le alterazioni della tiroide ». — CATZ. « L'invaginazione retrograda dell'intestino ». – CHALIER e BONNET. « I tumori melanici primitivi del retto ».

Annals of Surgery, febbr. FRAZIER. L'ipofisi aggredita dalla fossa cranica anteriore ». — FRIEDMAN. « Ernia adiposa ». — GROVES. « Mielomi multipli ».

Arch. di Farmac. sper. ecc., II. OLIVARI. « Sugli avvelenamenti per alcool metilico ».

La Prat. Oculist., febbr. ROSELLI. « Il 606 nella sifilide oculare ».

Gazz. d. Osp., 11 febbr. NARDI. « Versamenti pleurici da pneumotorace ».

Le Bull. Méd., 12 febbr. KIRMISSON. « L'anchilosi temporo-mascellare ».

La Presse Méd., 12 febbr. ACHARD, FOIX e SALIN. « Le proprietà emolitiche degli estratti d'organi ».

La Sem. Méd., 12 febbr. LEJARS. « Gli osteomi pre-coxali ».

Deut. Med. Woch., 13 febbr. ISELIN. « Svelenamento dei focolai tubercolotici mediante i raggi Roentgen ». — DRÜGZ. La reazione di v. Dungern ».

Wien. Klin. Woch., 13 febbr. KRAUS. « La lotta contro il colera nel campo bulgaro ». — SLUKA. « La tubercolosi ileale dei bambini ai raggi Roentgen ». — SCHIFFMANN e WYSTAVEL. « La secrezione interna della mammella ».

Gaz. d. Hôp., 13 febbr. PARISOT e HEULLY. « La radioterapia splenica nell'ittero emolitico congenito ».

Le Bull. Méd., 15 febbr. UFFREDUZZI e GIORDANO. « Modificazioni nella gastro-digiuno-esofagostomia di Roux ». — BABITZKI. « L'anestesia del nervo ischiatico ». — FRATTIN. « Osteoplastica libera nella fissazione del piede paralitico ».

Zbl. f. inn. Med., 15 febbr. SCIFERT. « Rivista di rino-laringologia ».

Riv. Ospedal, 15 febb. BONO. « Due casi di sclerosi della vena porta con pielotrombosi ».

La Semana Méd., 13 febbr. RODRIGUEZ. « Lo stato colloidale della materia viva ». — FOSSATI. Cura dell'artrite blenorragica con nucleoproteina gonococcica ».

Riv. crit. di Clin. Med., 15 febbr. MATTIROLO e GAMNA. « L'azione combinata della cocaina e dell'adrenalina sulla pupilla ». — BOZZI. « Nuova tecnica per la diazo-reazione d'Ehrlich ».

Paris Méd., 15 febbr. ROLLIER. « La pratica della cura solare nella tubercolosi esterna ed i suoi risultati ». — GRUYER, LIENHART e THIRY. « Miasi intestinale da musca domestica ». — DELANGE. « Il caffè e la sua decaffeinizzazione ».

Le Progrès Méd., 15 febbr. SAVINI. « Il tipo costituzionale simpatico e vaso-motore ».

Revue de Thérap., 15 febbr. HENROT. « Trasfusione del sangue ».

Ann. di Ost. e ginec., 1 FOSSATI. « Disinfezione e protezione della mano ».

St. Pet. Med. Woch., 14 febbr. BERTELS. « L'ipertrofia cardiaca ».

Pathologica, 15 febbr. SANGIORGI e BONGIOVANNI. « Una epidemia di dissenteria bacillare in Piemonte ».

The Journ. of Trop Med. a. Hyg., 15 febbr. CASTELLANI. « Leishmaniosi oro-faringea indiana ». — BAUD. « Sulla identità delle leishmaniosi ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 11 maggio 1913 Fasc. 19

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Pavia
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Alcune osservazioni sopra un caso di setticemia da micrococco tetrageno nell'uomo

per il dott FERRUCCIO MARCORA, assistente.

È noto che fino dal 1881 Koch dimostrò la presenza, nell'escreato dei malati di tisi polmonare, di uno speciale microorganismo, il quale, per le sue caratteristiche proprietà morfologiche, venne poi dal Gaffky, che pel primo lo fece oggetto di studi accurati e diligenti, designato col nome di micrococco tetrageno.

Questo germe che fu dapprima considerato, contrariamente all'opinione di Koch, il quale gli aveva attribuito la capacità di cooperare alla distruzione del tessuto polmonare, come un semplice saprofita delle cavità boccale e nasale (Vignal, Miller, Podbietsky), venne più tardi riconosciuto quale agente causale di vari processi infiammatorii ad essudato purulento.

Karlinski, Kapper, Steinhaus, Park, Jacowski e altri lo trovarono nel pus di ascessi sviluppatisi, per lo più, in vicinanza della cavità orale, e ulteriori ricerche di una lunga serie di osservatori dimostrarono che esso può essere l'agente determinante sia di infiammazioni suppurative localizzate ai vari organi (1), sia di gravi infezioni generali a tipo setticemico (Mya e Trambusti, Bosc, Chauffard e Ramond, Fornaca, Louten e Loui, Saquepey, Oettinger, Marini, Brissaud e Rosenthal, ecc.). Onde si può dire che oggi tutti siano d'accordo nel riconoscere al micrococco tetrageno (2), il

(1) Finora il micrococco tetrageno fu riconosciuto come agente eziologico nelle seguenti forme morbose: angine (Dieulafoy, Apert, Lartigau, Carrière); artriti purulente (Chauffard e Ramond, Faisans e Le Damany); pleuriti suppurate: (Carrière, Le Damany, Fornaca, Oettinger e Malloizel, Josuè, Lian, Achard Castaigne); peritoniti purulente (Pane); enterocoliti (Bosc); meningiti (Bezançon e Lapage); bronco-polmoniti (Délearde e Carrière, Bosc); endocarditi vegetanti (Chauffard e Ramond, Sever, Sterling, Gaucher, Dufour, Leclerc, Mouriquand, Pincherle, ecc.).

(2) Accanto al micrococco tetrageno di Gaffky, detto anche *griseus* pel colore caratteristico da esso presentato in cultura pura, ne vennero descritti altri, tra cui i più importanti sono il m. t. *albus* ed il m. t. *aureus* (Boutron), il m t. *subflavus* (von Besser): il m. t. *ruber* (Roger e Bezançon, De Jong): il m. t. *mobilis ventriculi* (Mendoza); il m. t. *concentricus* (Schenk); il m. t. *citreus* (Vincenzi).

Di questi però solo l'*aureus* e l'*albus* di Boutron ed il *citreus* di Vincenzi vennero, oltre al *griseus* di Gaffky, isolati da prodotti patologici

quale riveste talvolta la qualità di ospite innocuo della bocca dell'uomo sano, la capacità di svolgere, in certe condizioni non ancora ben precisate, una spiccata azione patogena, e di determinare nell'organismo umano processi morbosi ora lievi e circoscritti, ora gravissimi e mortali.

Benchè, in seguito alle numerose osservazioni cliniche ed alle ricerche sperimentali, le cognizioni sul micrococco tetrageno siano andate ognor più precisandosi, la setticemia provocata da questo germe e per la sua scarsa frequenza e per la diversa sintomatologia che essa presenta nei singoli casi, la quale rese sinora impossibile di stabilire una sindrome clinica ben definita e caratteristica di questa forma morbosa, offre ancora ai dì nostri al clinico e al patologo materia di osservazione e di studio.

Perciò, avendo avuto occasione di assistere allo svolgersi di una grave setticemia da micrococco tetrageno seguita da morte, ho creduto opportuno pubblicarne la descrizione, tanto più che il caso da me osservato, per le speciali condizioni che in esso hanno determinato e favorito l'insorgere e il diffondersi dell'infezione, alquanto si differenzia da quelli fino ad ora studiati.

Notizie cliniche. — G... R..., d'anni 40, contadina, maritata. Entra nell'Istituto di Patologia Medica il 23 marzo 1911. Nulla nel gentilizio. Ebbe il morbillo e la varicella nell'infanzia ed a 31 anno un tifo grave. Nessun'altra malattia pregressa e nessun disturbo di qualche entità nemmeno durante le gravidanze, che furono in numero di 5 e che furono seguite da parti e puerperii normali.

L'attuale malattia data da poco tempo. L'inferma narra che verso la fine di febbraio (non sa precisare il giorno), mentre si trovava a letto, fu improvvisamente assalita da un violento dolore alla regione epigastrica, irradiantesi verso destra: tale dolore non fu accompagnato nè da vomito, nè da ittero, durò un giorno e una notte, e poi spontaneamente scomparve. Nella notte dal 9 al 10 marzo il dolore si rinnovò intensissimo, localizzato all'ipocondrio destro, con irradiazione all'addome e al dorso, e poco dopo l'inferma si accorse di aver assunto un colorito giallo. Notò pure che le urine erano scure e che le feci avevano color cretaceo. Il dolore, interrotto da brevi e fugacissime remissioni, si mantenne acutissimo per cinque giorni, poi parve mitigarsi. Tuttavia, persistendo l'ittero e i disturbi ad esso inerenti, l'ammalata decise di ricoverare all'ospedale. Quivi però, appena giunta, fu nuovamente colta da dolori all'ipocondrio destro, accompagnati da notevole rialzo della temperatura.

L'inferma, al suo ingresso nell'Istituto, appare molto sofferente ed abbattuta: ha tendenza al sonno, ed accusa, di quando in quando, dolori all'ipocondrio destro che s'irradiano all'epigastrio e, posteriormente, lungo il dorso, fino alla spalla destra.

All'esame obbiettivo colpisce il colorito spiccatamente itterico delle sclerotiche e della cute, la quale è secca, poco elastica e qua e là presenta zone di desquamazione superficiale. Le mucose visibili sono poco irrorate e lievemente giallastre. Lo sviluppo scheletrico è regolare; le masse muscolari sono scarsamente sviluppate, ipotoniche; il pannicolo adiposo è ridotto.

Nulla di notevole agli organi toracici.

L'addome, che all'ispezione non presenta fenomeni degni di nota, è abbastanza trattabile. Colla pressione però si provoca dolore intenso all'epigastrio e all'ipocondrio destro, nonchè, quantunque in grado minore, all'ipocondrio sinistro. La percussione all'addome dà suono timpanico; lo stomaco, lievemente ptosico, è di volume normale.

Il fegato è aumentato di volume ed il suo margine inferiore, duro, liscio, tagliente, è palpalpabile circa 5 cm. al di sotto dell'arco costale sull'emiclaveare destra ed è molto dolente alla pressione, specie nel tratto compreso tra la parasternale e la mammillare. Il diametro della ottusità relativa epatica, mentre l'ammalata è in posizione laterale sinistra, misura rispettivamente 11 cm. sulla mediana, 13 cm. sulla parasternale, 15 sull'ascellare anteriore.

La milza è pure ingrandita ed il suo polo inferiore, di consistenza dura, si palpa un dito trasverso al di sotto dell'arco costale sull'ascellare anteriore.

Negli altri organi nulla si rileva che meriti di essere riferito.

L'esame del sangue dà Hb. 50 % al Fleisch, globuli rossi 2,870,000, globuli bianchi 6500. Formula leucocitaria pressochè normale.

Durante i primi due giorni di degenza nell'Istituto le condizioni dell'inferma si mantengono stazionarie. Le urine sono scarse e non superano i 500 cmc. nelle 24 ore. Hanno reazione debolmente acida, densità 1021, colorito scuro, aspetto leggermente torbido. Non contengono nè albumina, nè zucchero, ma i pigmenti biliari vi sono presenti in quantità non

umani, e secondo le ricerche di Boschi e Bellei, di Tessier e di Jacobelli, sembra che anch'essi debbano considerarsi non come vere e proprie varietà fisse e costanti, ma come modificazioni di un unico germe capace di assumere aspetti diversi a seconda delle condizioni biologiche in cui viene a trovarsi.

trascurabile. Nulla di notevole nel sedimento. Le feci sono diarroiche e giallastre. La temperatura oscilla fra un minimo di 37°.5 nelle ore mattutine ed un massimo di 39°.2 alla sera.

La frequenza del polso varia da 90 a 102, quella del respiro da 22 a 28. La lingua è coperta da una densa patina giallastra. La sete è intensa, l'appetito quasi scomparso.

Fig. 1.

Fig. 2.

In rapporto ai fatti rilevati, i quali parlano per la presenza di una colelitiasi con flogosi delle vie biliari, l'inferma è posta a dieta lattea e le vengono somministrati quotidianamente sali di Karlsbad: all'ipocondrio destro si applicano fomenti caldi.

In seguito a tale trattamento l'ammalata sembra migliorare sensibilmente. Ma il 3 aprile,

mentre tutti i sintomi suaccennati eransi attenuati e già erasi raggiunta una temperatura minima di 36°.8, si manifesta un improvviso peggioramento. L'inferma, ad un tratto, viene ha un nuovo accesso febbrile preceduto da brivido: questo è però meno intenso e la temperatura non raggiunge che un massimo di 39°.9.

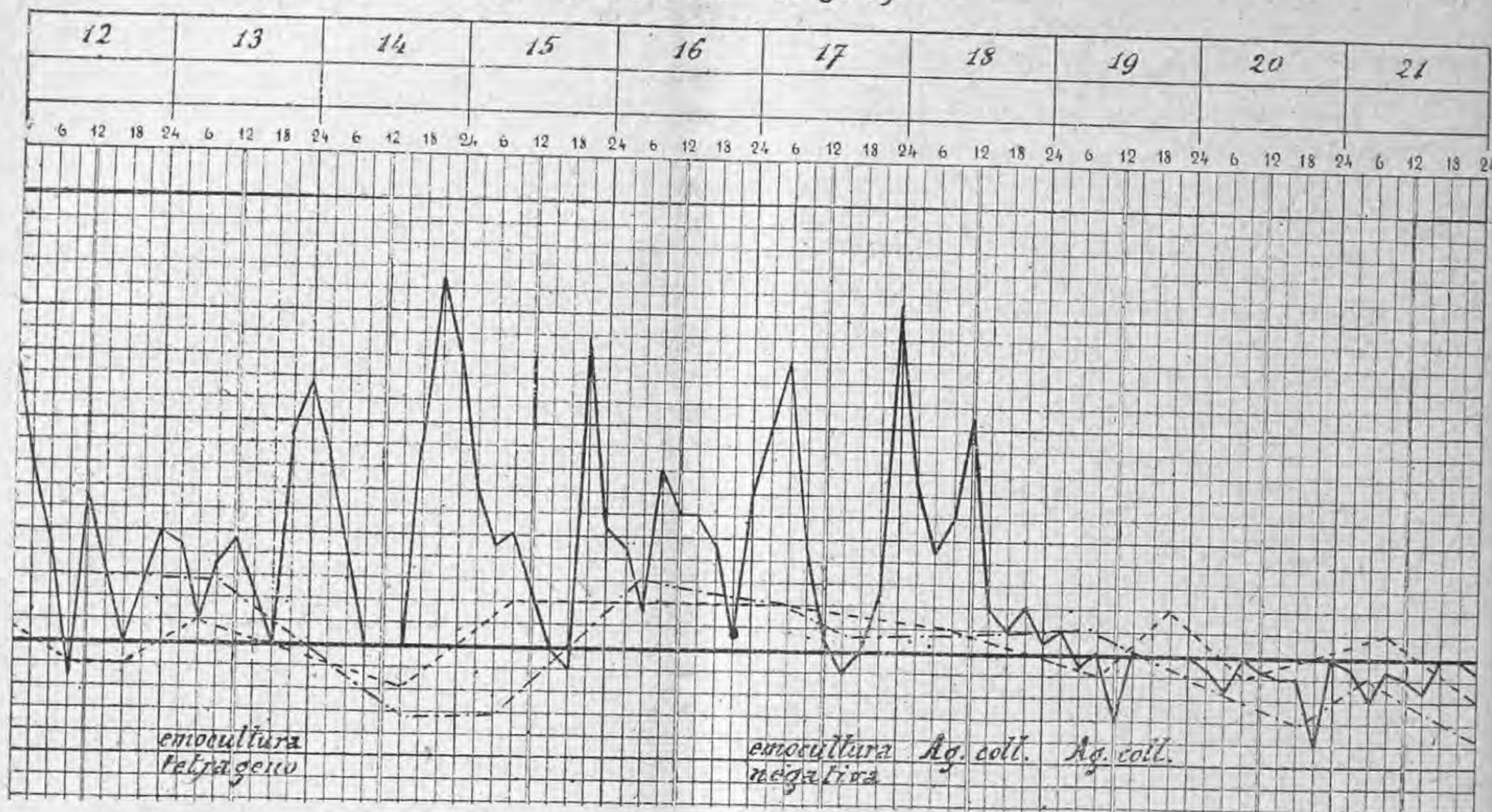



Fig 3.

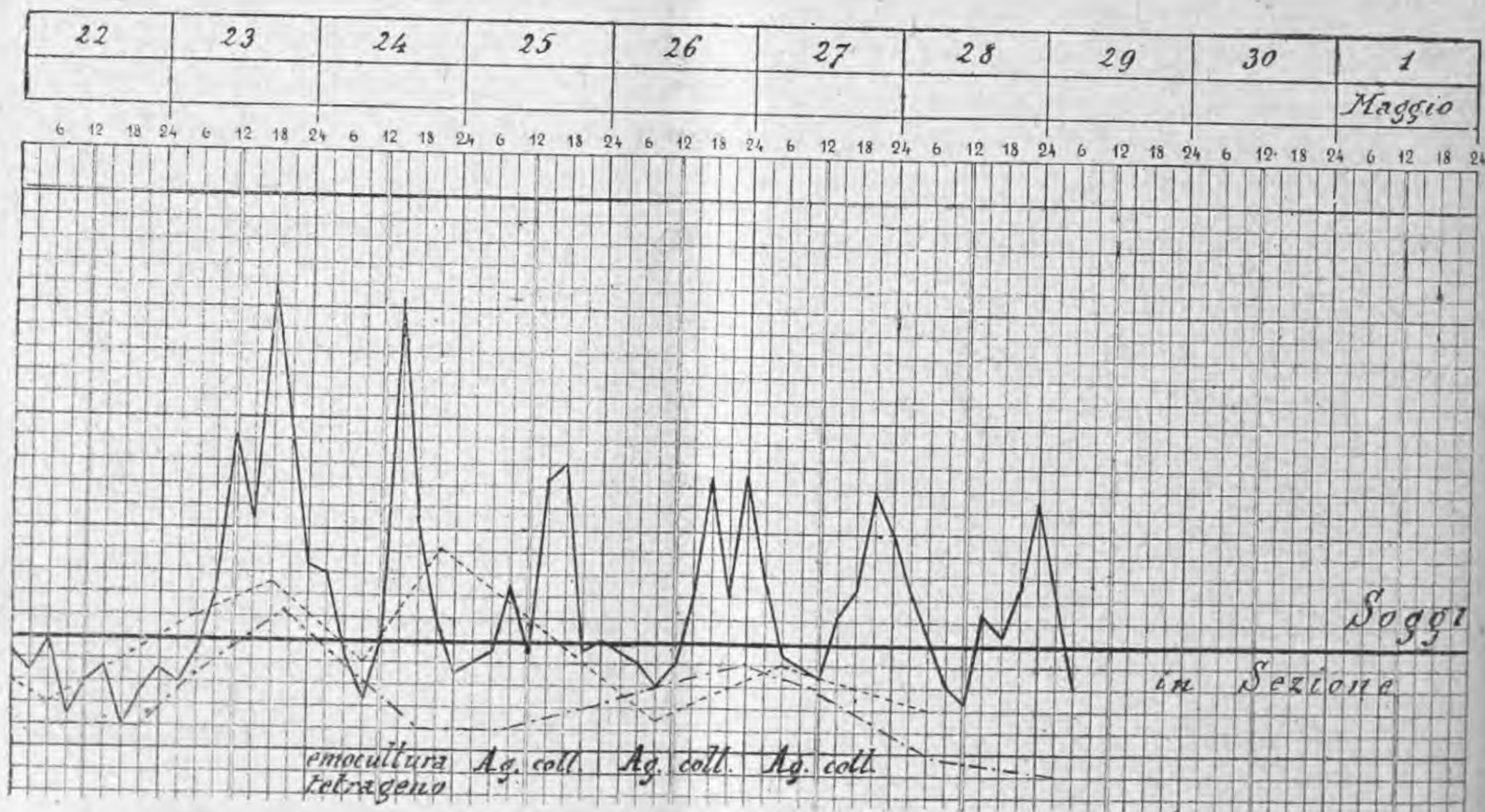



Fig. 4.

assalita da un brivido intenso che dura circa mezz'ora. Subito dopo la temperatura s'innalza fino a 40°.6, per ridiscendere dopo poche ore a 37°.5 con profuso sudore. Il 4 aprile si

Nei due giorni seguenti la febbre sembra scemare; la curva termica non supera i 38°.4, ma il 7 aprile l'inferma è nuovamente presa da brivido intenso, a cui segue un forte rialzo

della temperatura, che raggiunge i 41°. Accessi febbrili di varia intensità, ma tutti indistintamente caratterizzati da forte brivido iniziale e da sudore profuso durante il periodo di remissione, si ripetono quotidianamente per parecchi giorni e precisamente dal 7 al 18 aprile.

Durante questo periodo le forze dell'inferma tendono naturalmente a deperire. Essa però è sempre cosciente anche nei momenti di massima piressia; non accusa cefalea e non presenta quello stato di profondo abbattimento che suole accompagnare, nelle infezioni gravi, i lunghi periodi febbrili.

Persistono i dolori all' ipocondrio destro, l'inappetenza e la sete. La lingua è sempre patinosa. L'addome si è fatto leggermente

Le urine sono scarse (non raggiungono i 500 cmc. nelle 24 ore) e contengono sempre pigmenti biliari. L'albumina però è del tutto assente.

L'esame del sangue (10 aprile) dà Hb. 40 %; globuli rossi 2,260,000; globuli bianchi 8450. La ricerca dei parassiti della malaria, più volte ripetuta, dà risultato costantemente negativo.

Positive invece riescono le emoculture eseguite sistematicamente il 9, l'11 e il 13 aprile. Da esse si sviluppa un microrganismo in cultura pura, il quale, come vedremo in seguito, ha tutti i caratteri morfologici del micrococco tetrageno.

Una quarta cultura del sangue fatta il giorno 17 dà invece risultato negativo.

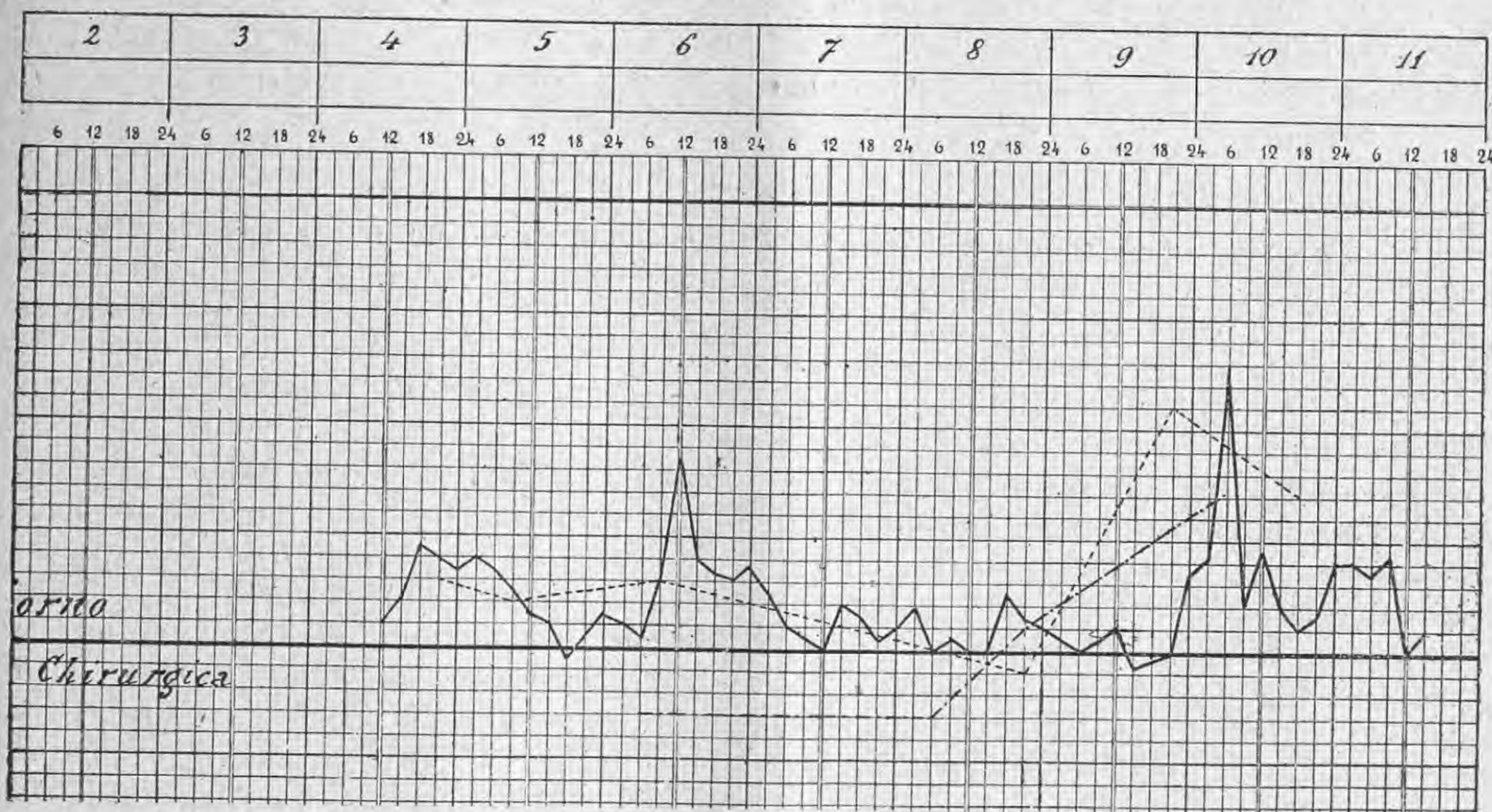



Fig. 4.

meteorico, e sopra di esso, specialmente in corrispondenza delle regioni laterali, si vanno disegnando reti venose. Il fegato è andato ancor più aumentando di volume, ed il suo margine inferiore, liscio, tagliente, duro, è sempre dolente alla pressione, specie in corrispondenza della emiclaveare e della parasternale. Il diametro della ottusità relativa epatica (esame obbiettivo del 10 aprile) è rispettivamente di 20 cm. sulla ascellare anteriore e di 14 cm. sulla linea mediana (malata in posizione laterale sinistra). La milza è enormemente ingrandita e il suo polo inferiore raggiunge la ombellicale trasversa. Le condizioni del cuore e dei polmoni si mantengono buone. Il polso è piccolo, molle, regolare, di frequenza, tenuto conto della temperatura, non eccessiva (84-110). Il respiro varia da 28 a 40.

Il 18 e il 19 si praticano, per via venosa, iniezioni di argento colloidale (10 cmc. *pro die*). Il 18 sera la febbre scompare e ad essa succedono 4 giorni di completa apiressia, durante i quali l'inferma trova una tregua relativa alle sue sofferenze. Il 23 aprile però gli accessi febbrili ritornano e si rinnovano quotidianamente, malgrado le ripetute iniezioni endovenose di argento colloidale.

Una cultura dal sangue fatta il 24 aprile riesce nuovamente positiva pel micrococco tetrageno. Nei giorni seguenti le condizioni dell'inferma vanno continuamente peggiorando. Il 25 aprile compare nell'urina una piccola quantità di albumina. Dal 28 aprile al 2 maggio l'Inferma soggiorna in Clinica chirurgica per essere sottoposta a speciali indagini. Ai primi di maggio si manifestano i segni di un modico versamento nella cavità addominale, mentre la

milza presenta nuovo aumento di volume. L'8 maggio compaiono i sintomi di una endocardite acuta e l'11 maggio l'inferma viene a morte.

Reperto anatomo-patologico. — All' autopsia si riscontrano i seguenti fatti: il cuore è alquanto aumentato di volume; il miocardio è flaccido e degenerato in grasso. Sui pizzi della valvola mitrale si notano i segni di una endocardite vegetante. La tricuspide è dilatata, le semilunari aortiche e polmonari sono normali.

Nella cavità addominale sono raccolti circa due litri di un liquido citrino torbido. Esistono aderenze dello stomaco e del colon trasverso (angolo epatico) colla cistifellea, che appare ispessita e di colore madreperlaceo.

Il fegato presenta notevole aumento di volume. Alla superficie si notano ascessi molteplici poco rilevati e grandi al più quanto una noce. La cistifellea è impicciolita ed aderente allo stomaco, al colon e al legamento epatoduodenale: le sue pareti sono ispessite. I dotti biliari sono pervii e comprimendo sulla cisti fellea si provoca la fuoruscita della papilla duodenale di bile densa e torbida. Il coledoco, aperto, mostra una dilatazione sacciforme che racchiude un calcolo bruno, grosso quanto una nocciuola. Il coledoco è infiammato ed aderente alla parete della vena porta, alla quale, per contiguità, si è propagato il processo flogistico del grosso dotto biliare. Il lume della vena porta appare occupato da un grosso trombo che è in preda a suppurazione e che si continua fino nella vena splenica, ostruendola in parte.

Alla sezione del fegato si vedono numerosi ascessi sparsi nel parenchima. Le diramazioni della vena porta sono in parte ripiene di pus e sono sede di processi trombo-flebitici suppurati, dal che si arguisce che gli ascessi sono causati da germi propagatisi per via venosa e provenienti dal trombo suppurato della porta.

La milza, assai voluminosa, è aderente alla cupola del diaframma. La polpa splenica è molle ed ha l'aspetto caratteristico che assume nel così detto tumore sub-acuto di milza.

Ai reni si rilevano i segni di una nefrite cronica bilaterale.

Nulla di notevole agli altri organi.

Si fanno culture dal sangue (cuore), dal pus, degli ascessi epatici e dalla milza, ed in tutte si ha sviluppo del micrococco tetrageno.

L'esame istologico del fegato conferma l'origine embolica degli ascessi. Le piccole diramazioni della vena porta che decorrono negli spazi interlobulari appaiono profondamente alterate: l'endotelio è scomparso ed il lume del vaso, dilatato, appare pieno di globuli di pus, mentre nella parete vasale, e tutt'all'intorno di essa, si scorge una intensa proliferazione connettivale. I canali biliari ed i rami dell'arteria epatica che decorrono parallelamente ai rami portali appaiono invece perfettamente normali.

Dati batteriologici. — Come si è più sopra accennato, durante il corso della malattia, nel periodo febbrile, vennero eseguite cinque culture dal sangue in tempi diversi, e precisamente i giorni 9, 11, 13, 17 e 24 maggio. Di queste, solo quella fatta il 17 fu negativa. Tutte le altre indistintamente diedero luogo allo sviluppo di un unico microrganismo a forma di cocco, capsulato, disposto per lo più a tetrade, più raramente a guisa di diplococco o di tre cocchi insieme riuniti, colorabile coi comuni mezzi tintoriali e resistente al Gram. Le semine nei diversi mezzi culturali dànno i seguenti risultati: in brodo, dopo 24 ore, ha luogo la formazione di un sedimento bianchiccio che va aumentando nel trascorrere del tempo, mentre il brodo si intorbida. In agar comune, dopo 24 ore, si sviluppano piccole colonie biancastre a contorni netti, le quali dopo tre giorni si riuniscono e fondendosi tra loro vengono a costituire una patina sottile lucida, di colore grigio-biancastro. In gelatina lo sviluppo del germe avviene un po' più lentamente: la gelatina non viene nè fusa, nè rammollita.

Le culture in piatta, fatte col materiale prelevato dal cadavere (pus degli ascessi epatici, sangue del ventricolo sinistro, polpa splenica), permettono di isolare un microrganismo avente gli stessi caratteri morfologici e culturali di quello isolato dal sangue nel vivo.

Preparati microscopici allestiti col metodo di Claudius dimostrano, tanto nel trombo della porta che nella valvola mitralica affetta da endocardite acuta vegetante, piccoli aggruppamenti di un cocco disposto a tetrade, morfologicamente identico a quello isolato dal sangue, associato ad un altro germe a forma di piccolo bacillo.

***

Le molteplici culture eseguite con sangue sottratto all'ammalata durante la vita, quelle fatte col materiale prelevato dal cadavere, il reperto di microrganismi disposti a tetradi nel trombo e nella valvola mitrale, attestano in modo indubbio che nell'inferma da me osservata ebbero luogo la penetrazione e lo sviluppo nel sangue circolante di un germe identico, per caratteri morfologici e culturali, al *micrococcus tetragenus* di Gaffky: si è avuto, in altre parole, una setticemia grave da micrococco tetrageno, la quale, pur essendo insorta come complicazione di una calcolosi biliare, ha dominato completamente il quadro morboso ed è stata la causa diretta della morte.

Il fatto di aver riscontrato nella valvola cardiaca tetrageni associati con altri microrganismi non diminuisce l'importanza del tetrageno stesso come agente determinante della setticemia, ben sapendosi che la presenza di altri germi esalta il potere patogeno del tetrageno e non essendosi, d'altra parte, isolato dal sangue circolante alcun altro microrganismo.

Quale è stata, nel caso speciale, la porta d'ingresso del microrganismo? Tenuto conto del reperto anatomo-patologico, l'ipotesi più probabile è che il micrococco tetrageno inghiottito colla saliva sia pervenuto nell'intestino e che da questo sia risalito al coledoco, ove, per i fatti irritativi determinati dall'incuneamento del calcolo, ha trovato le condizioni favorevoli per il suo sviluppo e per la estrinsecazione della sua azione patogena. La vicinanza del coledoco alla vena porta ha favorito la partecipazione di questa al processo flogistico di quello, e in conseguenza la insorgenza di una trombo-flebite.

Il tetrageno è penetrato nel trombo, vi ha provocato, o primieramente o col concorso di altri germi, un processo suppurativo con conseguente rammollimento e produzione di embolii infettanti, i quali, trascinati dalla corrente del circolo portale, hanno favorito la diffusione del germe infettivo nel parenchima epatico e nel sangue circolante.

In base ai fatti osservati, riesce impossibile precisare quale parte sia stata riservata al tetrageno e quale invece ai germi ad esso associati nella produzione dei processi flogistici suppurativi localizzati alle vie biliari, al fegato, ecc.

La forma setticemica però, è bene ripeterlo, fu provocata esclusivamente dal tetrageno, come è provato dalle emoculture che diedero luogo per ben quattro volte allo sviluppo del tetrageno in cultura pura.

La forma relativamente rara di setticemia, la localizzazione del tetrageno alle vie biliari ed al fegato che, per quanto mi consta, venne finora osservata una sol volta, ed il fatto di essersi il germe diffuso nel parenchima epatico per la via dei vasi venosi, anzichè per quella assai più comune dei dotti biliari, rendono il caso da me osservato degno di interesse.

Tra i fenomeni che si verificarono durante il decorso clinico della malattia, oltre il notevole tumore di milza, meritano speciale attenzione l'andamento della febbre che assunse uno spiccato tipo remittente, il periodo d'apiressia (non influenzato, con tutta probabilità, dall'argento colloidale che venne somministrato mentre i microrganismi non erano in circolo e che si mostrò poi assolutamente inefficace) e la mancanza, malgrado le altissime temperature, di quei gravi fenomeni generali che sogliono accompagnare le febbri elevate nelle malattie infettive: fatti tutti che furono con una certa costanza osservati nella setticemia da tetrageno e che pare debbano considerarsi come caratteristici di questa forma morbosa.

RIASSUNTO.

L'autore descrive una setticemia da micrococco tetrageno insorta nel corso di una calcolosi biliare. Il caso è specialmente interessante pel caratteristico comportarsi della temperatura e per la via non comune per la quale i germi patogeni sono penetrati nel circolo sanguigno.

RIVISTE SINTETICHE.

Le psicosi nevralgiche ed emicraniche

per il dott. VASCO FORLÌ.

Già da molto tempo era stata messa in evidenza la possibilità che il dolore fisico desse luogo a turbamenti più o meno profondi della vita mentale, provocando l'insorgere di stati psicopatici. Il Griesinger riportò casi di nevralgie del trigemino e del nervo occipitale nei quali si associavano al dolore — comparivano cioè e scomparivano con esso — stati di delirio, di angoscia, di confusione; a questi complessi sintomatici egli dette il nome di *distimie neuralgiche*. Casi analoghi furono più tardi illustrati da Schüle — il quale preferì denominarli *disfrenie neuralgiche* — da Anton, ed infine da Laquer, che propose per tali sindromi il nome di *delirî da dolore*.

Ma fu il Mingazzini a iniziare, nel 1893, una osservazione accurata e sistematica di queste forme morbose; e l'esperienza così raccolta fu qualche anno dopo concretata in una pubblicazione — redatta insieme con il Pacetti — nella quale vennero studiate, analizzate e classificate le varie forme di psicosi neuralgiche.

Gli AA. distinsero quattro gruppi, a seconda che i fenomeni psicopatici erano dovuti: 1° a prosopalgia; 2° a cefalalgia; 3° a emicrania; 4° a nevralgie extraencefaliche; e, intorno ai caratteri delle varie forme, si espressero nel modo seguente:

Le psicopatie da dolori extraencefalici sono assai rare; tuttavia ne sono state descritte forme transitorie e forme protratte. Le manifestazioni psicopatiche transitorie vengono essenzialmente rappresentate da stati ansiosi, accompagnati da atti incoercibili diretti contro il malato o contro le persone che l'avvicinano, e talora anche da vero impulso al suicidio. Negli stati psicopatici protratti i soggetti sono abbattuti, depressi, e hanno periodi di ansia durante i quali presentano agitazione motoria, con tendenza ad aggredire; talora manifestano idee deliranti, nelle quali allegorizzano il dolore fisico.

Le psicosi da prosopalgia, anch'esse assai rare, hanno in genere durata assai breve, da poche ore a 15-20 giorni. La fisonomia clinica delle manifestazioni psicopatiche è assai varia: talora si hanno sindromi confusionali, con disorientamento grave e atti inconsulti; in altri casi si determina uno stato di eccitamento, con tendenza ad atti violenti e aggressivi; talora invece il paziente cade in uno stato di depressione, manifesta idee ipocondriache, tenta il suicidio. Le forme protratte da prosopoalgia possono dirsi addirittura eccezionali; si tratta di stati di depressione con tendenza al suicidio, o di stati di eccitamento con agitazione motoria talora assai grave.

Più frequenti sono le psicosi che insorgono in seguito a cefalalgia. In alcuni casi il disordine mentale è appena accennato (forme abortive), e rappresentato quasi esclusivamente da allucinazioni visive o acustiche, ora semplici, ora complesse; tali disturbi psicosensoriali si manifestano quando la cefalea raggiunge una notevole intensità, ma i malati riconoscono che si tratta di fenomeni allucinatorii; la coscienza rimane lucida. In altri infermi lo stato psicopatico, per quanto di breve durata, assume fisonomia clinica assai più definita (forme transitorie o iperacute): esistono allucinazioni visive, uditive, tattili, cenestesiche, e il paziente non ne riconosce la morbosità, anzi non di rado reagisce ad esse in maniera violenta; talora i soggetti manifestano idee deliranti a carattere ipocondriaco; quando la malattia si prolunga per qualche giorno si rileva sovente un rallentamento dei processi psichici, fino ad un vero stato confusionale; il ricordo del periodo psicopatico è per lo più incompleto e sommario. Nelle forme psicopatiche protratte si ha del pari un rallentamento dei processi percettivi, con offuscamento più o meno profondo della coscienza; frequentissime e assai svariate sono le illusioni e le allucinazioni, che interessano principalmente la vista, ma che possono anche riguardare l'udito (voci indistinte, minacce); a tali allucinazioni, la cui morbosità non viene riconosciuta, il paziente reagisce, donde un evidente disordine nel contegno; il ricordo del periodo di malattia è d'ordinario incompleto, ma talora sufficientemente buono.

Delle psicosi da emicrania — certo le più numerose fra tutte — non si conoscono forme abortive, mentre sono frequenti le forme transitorie o iperacute. In esse dominano le allucinazioni visive e acustiche, alle quali gli infermi reagiscono ora con depressione dell'umore, mutismo, tendenza al suicidio, ora invece con un eccitamento che può giungere fino al furore. Rare sono le idee deliranti; più frequente è il manifestarsi di uno stato confusionale, con offuscamento della coscienza, talora assai accentuato. Queste sindromi possono durare da poche ore fino a 3 o 4 giorni. Quando i sintomi morbosi sono scomparsi il soggetto talora li ricorda nettamente, ma più spesso li rammenta solo in maniera incompleta e frammentaria. Mingazzini e Pacetti descrivono un solo caso di forma protratta; il paziente presentava allucinazioni visive, disorientamento, incoerenza nelle risposte, depressione dell'umore.

Il concetto di disturbi psichici dipendenti da dolori fisici non fu ammesso senza contestazioni. Era facile infatti obbiettare che il rapporto di

causa ad effetto fra dolore e sintomi mentali non poteva venir dimostrato; sicchè non era possibile escludere che i due fatti rappresentassero entrambi l'effetto di un'unica causa. Malgrado questa obbiezione, rimane tuttavia sempre importante — dal punto di vista clinico — il legame fra il dolore e la psicosi. Del resto non mancano casi — tra cui uno riferito recentemente da Romagna-Manoja — i quali depongono in favore dell'ipotesi che i disturbi psichici possano insorgere come reazione morbosa al dolore fisico prolungato.

Assai più grave era un'altra obbiezione che veniva mossa per infirmare il concetto di psicosi legate all'emicrania. La base su cui si svolgono i disturbi mentali è — si diceva — isterica o epilettica; e appunto all'isterismo e all'epilessia debbono venir riferiti i quadri morbosi descritti, anche se l'accesso di emicrania ha il valore di causa occasionale per l'insorgere della psicosi.

Ma oggi si deve ritenere che la osservazione clinica ha fornito materiale sufficiente a ribattere vigorosamente questa obbiezione. I casi di disturbi psichici legati all'accesso emicranico si sono moltiplicati (Bioglio, Consiglio, Forlì, Romagna-Manoja, ecc.); e in moltissimi di questi infermi nè l'anamnesi nè l'esame obbiettivo facevano riscontrare alcun elemento che parlasse in favore della coesistenza di una nevrosi isterica o epilettica. D'altro canto non mancano differenze cliniche apprezzabili fra i quadri morbosi psichici legati all'emicrania e quelli legati alla epilessia. Sicchè oggi numerosi autori accettano le idee sostenute da tempo dal Mingazzini e vivacemente osteggiate dal Möbius. Così ad esempio Hauber riconosce la esistenza di stati psicopatici in rapporto esclusivamente con l'emicrania. Flatau ammette che negli emicranici possano svolgersi alterazioni mentali che presentano tutte le gradazioni, da sintomi semplici a sindromi complesse; la forma più frequente sarebbe però rappresentata da uno stato crepuscolare con disorientamento e con allucinazioni visive ed acustiche, spesso a contenuto terrifico, si da suscitare nel paziente uno stato di eccitamento e da dar luogo ad atti violenti. Anche Pelz accetta la idea sostenuta da Mingazzini e da Krafft-Ebing, che cioè esistono psicopatie transitorie legate all'emicrania, come ne esistono in rapporto con l'epilessia, con l'isterismo e con la nevrastenia.

Con questa questione se ne collega un'altra, di importanza anche maggiore; se cioè l'emicrania esista quale malattia a sè, o se piuttosto gli intimi rapporti che la legano all'epilessia debbano farle negare il diritto ad una speciale individualità. Non soltanto le sindromi psicopatiche, ma tutta la emicrania verrebbe così assorbita dalla epilessia.

Come è noto, numerosi autori hanno messo in luce la frequenza della eredità indiretta nell'anamnesi familiare degli emicranici; e Charcot e la sua scuola hanno sostenuto che la predisposizione neuropatica può rivelarsi ora come isterismo, ora come epilessia, ora infine come emicrania. Altri parlano di rapporti ancora più intimi: Parry dice che l'emicrania è talvolta solo un fatto precursore della epilessia; Liveing cita parecchi casi in cui la emicrania cedette, dopo molti anni, il posto all'epilessia; Gowers riferisce dodici casi in cui gli accessi emicranici si alternavano con quelli epilettici; Pierce Clark narra di un malato nel quale l'emicrania serviva di aura alla epilessia; Hughling-Jackson considera l'emicrania come un sintoma di vera epilessia; e analogamente Féré dice che, tra i fenomeni i quali accompagnano l'epilessia parziale o si alternano con essa, si devono citare le emicranie sensoriali, e in particolar modo l'emicrania oftalmica che di queste può servire come tipo, e la quale, allo stato di isolamento, costituisce una vera epilessia sensoriale, con i suoi fenomeni di esaurimento, di emianopsia, e qualche volta di sonnolenza. Cornu ha pubblicato un lavoro ispirato alla ricerca delle affinità tra le due nevrosi e al desiderio di dimostrarne la identità; ed egli conclude infatti che la emicrania semplice è una manifestazione dello stesso ordine dell'epilessia, e che essa si eleva al grado di epilessia sensitivo-sensoriale nella emicrania oftalmica, e alla dignità di epilessia completa nella emicrania comitata. Il Cornu analizza finemente i sintomi delle due nevrosi, mettendone in rilievo le somiglianze; e dalle analogie sintomatiche risale alla comunanza intima fra emicrania ed epilessia.

Ma non bisogna dimenticare che le analogie sintomatiche, pur non essendo del tutto prive di importanza, sappresentano solo un legame superficiale. Nessuno ignora infatti come non solo fenomeni isolati, ma interi complessi sintomatici possono presentarsi egualmente in malattie le quali per l'etiologia, il decorso, l'esito, la terapia rivelano profonde differenze fondamentali; il fatto è così banale che sarebbe del tutto superfluo ricorrere ad esempî. Si può quasi dire che ogni cellula specializzata reagisce ad ogni stimolo in un unico modo. Nulla di strano dunque che nell'emicrania e nell'epilessia si riscontrino sintomi analoghi, talora anche identici; corrispondenza dovuta precipuamente alla comunanza nella sede di azione degli stimoli morbosi.

Ciò che caratterizza essenzialmente un processo morboso è il suo decorso complessivo; e questo offre nell'emicrania e nell'epilessia, notevoli dissimiglianze. Ci limitiamo qui a rammentare come nella epilessia si riscontrino numerosi sintomi psichici i quali dimostrano la partecipazione pro-

fonda e duratura dell'intera personalità al processo morboso, il quale porta quasi costantemente ad un più o meno spiccato decadimento delle facoltà mentali; mentre invece negli emicranici, per quanto frequenti e intensi possano esser gli accessi, non si produce alcun fenomeno duraturo di indebolimento intellettivo o di pervertimento sentimentale.

Epilessia ed emicrania possono presentare fenomeni clinici analoghi, possono trovarsi riunite nello stesso soggetto, e forse anche possono avere, in alcuni casi, qualche comunanza etiologica; ma ciò non basta a stabilire fra le due nevrosi, caratteri di identità. E infatti il Flatau, pur rilevando le affinità tra emicrania ed epilessia, non ritiene giustificato il fondere le due nevrosi in un'unica entità morbosa; e il Pelz afferma esplicitamente che, malgrado vi siano tra epilessia ed emicrania molti punti di contatto, non si deve ammettere la identità fra le due malattie.

BIBLIOGRAFIA.

BIOGLIO. *Contributo allo studio clinico della emicrania*. Roma, 1905.
BIOGLIO. Riv. di patol. nerv. e ment., 1907, fascic. I.
CONSIGLIO. Policlinico, Sez. prat., 1905, n. 10-11.
CORNU. Thése de Lyon, 1912.
FLATAU. *Die Migräne*. Berlin, 1912.
FORLÌ. Riv. sper. di Fren., 1907, fasc. I.
HAUBER. *Migräne und Schmerzdämmerzustände*. Berlin, 1912.
MINGAZZINI. Riv. Sper. di Fren., 1893, pag. 216.
Id. Riv. Sper. di Fren., 1895, pag. 642.
MINGAZZINI e PACETTI. Riv. Sper. di Fren., 1899, pag. 401.
PELZ. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych., 1912, vol. XII, fasc. IV.
ROMAGNA-MANOJA. Monatsschr. für Psych., 1913.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Trattamento chirurgico della tubercolosi degli organi genitali.

(LAPEYRE. *Archives générales de chirurgie*, 1912).

Da parecchi anni l'astensionismo non è più la regola abituale nella condotta dei chirurgi di fronte alla tubercolosi degli organi genitali dell'uomo, da quando cioè è stata dimostrata la frequenza di questa localizzazione del processo tubercolare indipendentemente da lesioni viscerali, ed è stata riconosciuta la sua benignità (P. Reclus).

La tubercolosi primitiva delle vie urinarie si complica quasi inevitabilmente con la tubercolosi degli organi genitali: per via discendente e per il tramite delle urine, il processo infettivo dal rene passa a colpire la prostata e quindi, per via retrograda, l'apparecchio spermatico. Così si origina la tubercolosi uro-genitale, nella quale però clinicamente le lesioni degli organi genitali sogliono rivelarsi prima di quelli delle vie urinarie. In questi casi l'attenzione e l'opera del chirurgo deve rivolgersi al focolaio primitivo renale dell'infezione; ma quasi sempre, per particolarità dell'evoluzione clinica dei fenomeni, si interviene tardi; e però la prognosi è sempre grave.

Benigna è al contrario la prognosi della tubercolosi primitiva degli organi genitali, nei quali essa tende a circoscriversi, senza invadere o soltanto tardivamente le vie urinarie e tanto meno gli organi a distanza. In questa forma l'opera del chirurgo, se pronta, può essere veramente benefica.

Nella tubercolosi degli organi genitali secondaria alla tubercolosi degli organi urinari, la prima ad essere colpita è la prostata; per ordine di frequenza, vengono poi le vescichette spermatiche nelle quali la tubercolosi è grave e tende alla fusione e ad aprirsi all'esterno.

Nella tubercolosi primitiva l'organo più frequentemente e più gravemente colpito è l'epididimo; la prostata e le vescicole sogliono essere invase precocemente, ma con lesioni piuttosto leggiere; il deferente di solito è colpito per pochi centimetri ai due estremi. Di grande importanza è il fatto che il testicolo si mantiene illeso per un periodo di tempo più o meno lungo, ed è colpito soltanto in alcuni casi e sempre tardivamente, per invasione diretta dall'epididimo nel corpo di Higmoro. Per questo fatto, l'A. sostiene che negli interventi chirurgici il testicolo può essere, e quindi deve essere conservato nella maggior parte dei casi.

Inoltre, poichè le lesioni della prostata e delle vescichette tendono alla guarigione spontanea, e poichè l'epididimectomia e la castrazione la favoriscono, perciò l'A. mette in rilievo che per avere una guarigione definitiva, non è necessaria l'exeresi totale delle vie genitali.

La bilateralità della tubercolosi degli organi genitali dell'uomo è molto frequente: dal terzo alla metà dei casi. La bilateralità non implica una prognosi più grave: ma l'intervento deve essere precoce perchè l'exeresi possa essere li-

mitata alle vie spermatiche, evitando la castrazione doppia per non mutilare fisicamente e moralmente il paziente. Nelle lesioni bilaterali, è un grave errore l'astensionismo, come finora abitualmente si è fatto; in esse l'intervento dev'essere precoce e conservatore. Dopo la sezione bilaterale dei due deferenti, come dopo la castrazione bilaterale, la guarigione spontanea delle lesioni prostato-vescicolari è più sicura che non dopo l'operazione unilaterale.

L'A. si dichiara *intervenzionista* nella tubercolosi degli organi genitali : pure riconoscendo il valore della cura medica locale e generale, ritiene si debba essere sempre pronti ad un intervento precoce, per potere evitare la castrazione e per ottenere una guarigione rapida e radicale.

L'intervento è controindicato, secondo l'A., nelle forme complicate a tubercolosi polmonare o generale, salvo per atti operativi di necessità (incisione, raschiamento, castrazione, ecc.); così è controindicato nelle forme secondarie a tubercolosi degli organi urinari, purchè non si tratti di ascesso prostatico o perivescicolare. In questi casi l'intervento chirurgico potrà aver luogo nei reni o nella vescica. Lievi lesioni polmonari però non controindicano l'atto chirurgico, anzi possono trarre vantaggio dalla soppressione del processo localizzato.

Nella tubercolosi primitiva degli organi genitali l'opera del chirurgo ha invece largo campo d'azione. È bene distinguere, come dicevano gli antichi, la tubercolosi *aperta* e la tubercolosi *chiusa.*

Nei casi di tubercolosi aperta l'intervento s'impone sempre: in questi casi si deve essere conservatori soltanto per il testicolo: quanto al resto, si deve sempre praticare larghe escissioni dei tragitti fistolosi e dei tessuti ed organi colpiti dal processo di fusione o di suppurazione.

Tubercolosi chiuse. Non si interverrà se si tratti di uno o più nodi dell'epididimo o del deferente, duri, indolenti, senza alterazione percettibile delle vescichette o della prostata.

Ma se tali lesioni mostrano d'avere un'evoluzione rapida, con tendenza ad aderire alla pelle e al rammollimento, se inoltre le vescichette si palpano nodose e dolenti, allora lo intervento s'impone.

Un atto operativo limitato all'epididimo e al deferente può allora salvare definitivamente il testicolo, e prevenire la diffusione alla prostata, alle vescichette ed alle vie urinarie.

La bilateralità della tubercolosi genitale ha significato prognostico grave, perchè prelude a lesioni gravi prostato-vescicolari, e spesso porta alla evirazione totale: in questi casi l'intervento precoce dà risultati eccellenti.

Una complicazione imbarazzante costituisce la comparsa di fenomeni a carico dalla vescica: si può praticare la prostatectomia con speranza d'arrestare l'evoluzione della malattia, solo se si tratti certamente di propagazione dell'infezione tubercorcolare dagli organi genitali alla vescica. Se il processo discende dal rene, allora è controindicato ogni intervento sulle vie genitali.

E' bene ricordare che nei casi di lesioni prostatiche voluminose o rammollite, l'esplorazione vescicale diretta non deve essere praticata, perchè per essa si può correre il pericolo di aprire in vescica un focolaio tubercolare della prostata.

Gli interventi chirurgici parziali (cauterizzazione, racchiamento, escissione parziale della vaginale, dell'epididimo, del testicolo, del cordone spermatico) hanno ancora dei partigiani, ma vanno cedendo il campo ai metodi operativi più radicalmente chirurgici.

Per quanto riguarda il testicolo, l'operazione maggiormente conservatrice è la migliore; ma per le altre localizzazioni il focolaio tubercolare dev'essere completamente eliminato, per impedirne la diffusione alle regioni vicine e la disseminazione nell'organismo.

L'exeresi può colpire una o più parti o tutto l'apparechio genitale, uni- o bilateralmente. La castrazione dev'essere un'operazione unicamente di necessità, quando sia invaso dal morbo tutto il parenchima testicolare.

L'esperienza dimostra che l'epididimo ed il deferente, la prostata e le vescichette possono essere asportate simultaneamente senza che il testicolo ne soffra nella forma, volume e consistenza. Il testicolo non sarà compromesso, secondo l'A., neanche se nel corso dell'operazione si ledano i vasi testicolari.

Ed in questi casi il testicolo superstite nel fondo dello scroto assicura la viribilità in tutti i suoi attributi: desiderio, erezione, orgasmo, eiaculazione.

In confronto a così grande utilità del testicolo infecondo, la castrazione dev'essere condannata.

L'intervento sulla prostata è giustificato in casi di lesioni gravi: quando esistono tragitti fistolosi, si praticherà la prostatotomia per via perineale: per la stessa via si potrà praticare la prostatectomia in casi di tubercolosi chiusa della prostata. La via trans-vescicale, da altri proposta, non è consigliabile.

L'epididimectomia, quasi sempre associata alla deferentectomia, costituisce il trattamento chirurgico abituale della tubercolosi degli organi genitali maschili.

L'operazione è quasi sempre sufficiente; i suoi risultati lontani sono eccellenti.

Abbandonando a sè stessa la epididimite tubercolare, od operandola in maniera incompleta senza interrompere la continuità delle vie spermatiche, si espone il testicolo al contagio.

Intervenendo precocemente e largamente, si fa una vera chirurgia conservatrice, in quanto si salva l'organo essenziale, che è il testicolo.

Secondo Israël, dopo la castrazione è costante la regressione delle lesioni prostato-vescicolari; lo stesso risultato si ha in seguito alla vaso-epididimectomia.

L'atrofia fibrosa della prostata si ottiene in seguito alla sezione dei deferenti, come si pratica nell'ipertrofia prostatica.

Il valore della sezione dei deferenti è ancora maggiore nella tubercolosi bilaterale, in quanto giova a salvare tutti e due i testicoli.

In presenza di lesioni vescicolari doppie, per evitare la recidiva nel testicolo sano e la evoluzione maligna delle localizzazioni prostatastiche, Israël consiglia di legare il canale deferente dell'altro lato durante l'opezione unilaterale. L'A. in casi simili consiglia la resezione di pochi centimetri di deferente.

L'A. non ammette la sutura del moncone centrale del deferente al corpo di Higmoro allo scopo di ristabilire la continuità delle vie d'escrezione, anzitutto perchè è molto dubbio il valore di questo processo non dimostrato da alcun esame positivo dello sperma in seguito a sutura bilaterale; e poi perchè è pericoloso mettere in comunicazione la glandola genitale con le vescicole sempre sospette di contagio.

Negli interventi unilaterali si incide longitudinalmente lo scroto fin verso il canale inguinale, a seconda dell'estensione del processo; si incide e si pratica la resezione totale della vaginale; si isola cominciando dall'estremo caudale e si escide in blocco l'epididimo procurando di non aprirne i focolai caseosi; se v'ha bisogno, si incide l'albuginea e si esplora il testicolo; oppure si fa l'orchidotomia e, se occorre, si raschia col cucchiaio la parte infetta nel corpo d'Higmoro, e poi con qualche punto di sutura al *catgut* si ricostituisce l'albuginea. Si isola per pochi centimetri il deferente dal fascio vascolare, si stira tratto a tratto con le pinze fino a 10-12 centimetri e si reseca.

Se il processo si estende nel canale inguinale, si prolunga l'incisione e si può fare, occorendo, la vescicolectomia. Se si ritiene necessario, si drena la ferita operatoria.

Negli interventi unilaterali è consigliabile la legatura o la resezione di 2 o 3 centimetri del secondo deferente tratto nella stessa ferita a traverso il setto inciso, secondo il Legué quando sia malata la seconda vescichetta seminale, secondo il Lapeyre quando si sia dovuto procedere alla castrazione del primo testicolo, allo scopo di preservare il secondo dall'infezione per via retrograda.

Nelle forme bilaterali l'A. è per l'intervento tutte le volte che vi sia la minima indicazione, sempre però con intenti conservativi per le glandole seminali: consiglia un'incisione ad U, comprendendo in essa, se ve ne sono, gli orifizi fistolosi.

La spermatocistite tubercolare tende alla guarigione spontanea quando sia stata praticata la vaso-epididimetomia; se ha evoluzione rapida verso il rammollimento, allora l'intervento è indispensabile.

La spermatocistite tubercolare implica quasi sempre la tubercolosi delle vie vettrici seminali, perciò la spermatocistectomia isolata non si tratica mai, se non quando siano state già asportate le altre vie seminali.

Sono svariati i processi operativi, per via alta e per via bassa.

Per via alta: l'A. condanna la laparotomia mediana o sotto-peritoneo-vescicolare e la laparotomia lungo il bordo esterno del retto; descrive dettagliatamente e raccomanda la via inguinale, che permette di asportare tutt'insieme l'epididimo il deferente e la vescicola. Bisogna badare a non lacerare il peritoneo, a

rispettare l'uretere nel punto d'incrocio col deferente, ad evitare la formazione di fistole urinarie per ferite della vescica o dell'uretra membranosa.

Nelle forme bilaterali, si può seguire la stessa tecnica in ambo i lati; ma è meglio praticare la via perineale.

Per via bassa: il metodo sacrale e il parasacrale sono di una complessità inopportuna; il metodo perineale è indicato nelle forme di prostatocistiti bilaterali, nei tumori flogistici voluminosi e suppurati con aderenze, nei casi in cui sia stata già praticata la vasoepididimectomia. La tecnica operatoria, in fondo, è quella della prostatectomia.

La prostatocistectomia è indicata soltanto in casi di necessità, per fistole urinarie o tubercolari o per ostruzione rettale dovuta a pericistite; per fenonemi di falsa cistite dovuti alla flogosi della vescicola che tenda alla formazione dell'ascesso; nei casi in cui dopo la epididimectomia, la prostatocistite continui ad aggravarsi.

Associando all'intervento per via inguinale l'intervento per via perineale e compiendo la prostatectomia, si completa la estirpazione di tutto l'apparecchio genitale.

L'A. insiste nel concetto che la castrazione e specialmente la castrazione bilaterale deve essere riservata ai casi di estrema necessità; per evitare questo supplizio fisico e morale dell'evirazione, raccomanda l'intervento precoce e conservatore.

Nei casi di castrazione, si sono escogitati vari metodi di protesi, introducendo nelle borse scrotali, con le massime precauzioni dell'asepsi, sfere di vetro, di caucciù, d'alluminio, rotoli di seta; ma l'illusione del paziente di rado è completa, e l'eliminazione dei corpi estranei è frequente.

Anche a confronto dei risultati immediati e lontani ottenuti dai vari metodi di exeresi chirurgica, le operazioni di elezione sono due: la *vasoepididimectomia* che di solito è sufficiente, salvo quando si abbiano prostatocistiti più voluminose di un dito o suppurate; e la *vasovescicolectomia* che è l'operazione complementare della prima quando per questa non si sia avuta la guarigione della vescicola seminale o nei casi gravi e complicati di prostatocistiti.

Rara è la tubercolosi degli organi genitali dei bambini: di solito son forme gravi fungose ad evoluzione rapida: la chirurgia conservatrice non sempre riesce allo scopo: dopo l'incisione degli ascessi, il raschiamento e la termocauterizzazione, si può essere costretti alla castrazione, specialmente quando la vita del paziente sia in pericolo.

P. SABELLA.

MEDICINA.

Etiologia del morbo di Hodgkin.

Per alcuni autori il morbo di Hodgkin non ha nulla a che fare con la pseudoleucemia, considerando essi come tale soltanto quell'affezione per la quale le glandole linfatiche presentano le alterazioni isto patologiche della leucemia, mentre le condizioni del sangue rimangono normali. Nel morbo di Hodgkin, Much afferma in una sua comunicazione al *Journal of State Medicine*, London, Febbraio, 1913, pag. 103, che le alterazioni delle glandole linfatiche non assomigliano affatto a quelle della leucemia.

Nel morbo di Hodgkin il sangue presenta una leucocitosi polinucleare accompagnata in genere da eosinofilia, ma tale sintoma non è costante.

Più costante invece è la febbre intramezzata da periodi di apiressia. La milza è ipertrofica, ma non arriva al volume assunto dall'organo nella leucemia.

Il sintoma più importante nel morbo di Hodgkin è il modo di comportarsi delle glandole linfatiche. In opposizione alla leucemia si osserva generalmente all'inizio un ingrossamento dei gangli di un sol gruppo, e tale ipertrofia resta per settimane e per mesi, senza che si abbiano ad osservare cambiamenti.

Altri fenomeni di *secondaria* importanza si manifestano poi, come la cachessia. Avviene pure che le glandole ipertrofiche possono generare la compressione di organi vitali, ma questo non è un fenomeno legato necessariamente al decorso del male.

Quando si escide una delle glandole sede del morbo, si osserva un processo di infiammazione cronica a tipo granulomatoso, il tessuto infiammatorio è costituito da formazioni cellulari differenti: cellule epitelioidi grandi, cellule giganti, contenenti uno o più nuclei e grande abbondanza

di cromatina, piccoli e grandi linfociti, cellule eosinofili, e infine le caratteristiche cellule plasmatiche.

Se la sede primitiva del processo non ha luogo nelle glandole profonde, ciò che non è veramente molto frequente, è possibile di far la diagnosi della malattia durante la vita per mezzo della biopsia.

Disgraziatamente la diagnosi si accompagna sempre a una prognosi infausta, poichè la malattia termina sempre con la morte, e anche quando per mezzo della röntgenterapia si arriva a far diminuire di volume alcuni gruppi glandolari, l'infiammazione passa in altri e la morte avviene dopo circa un anno o un anno e mezzo dal principio della malattia.

Secondo Much, il morbo di Hodgkin è in relazione con la tubercolosi. Molti autori, e lo stesso Much, hanno in verità osservato quanto sia rara la presenza della tubercolosi nelle sue forme classiche nei malati di morbo di Hodgkin. Le esperienze di Sticker e Lövenstein che avrebbero potuto produrre negli animali una tubercolosi di tipo bovino inoculando loro del materiale patologico, proveniente da malati di morbo di Hodgkin, sembrano a Much molto dubbiose e probabilmente il loro risultato è dovuto a delle impurità del materiale inoculato.

L'argomento fu studiato dal Much in unione con Fränkel partendo dal principio che i bacilli tubercolari, ove esistessero, potrebbero non essere stati scoperti coi metodi usuali, oppure che il loro numero fosse eccessivamente ristretto o infine che i bacilli tubercolari esistessero in una forma non acido-resistente.

Con ricerche anteriori Much avrebbe dimostrato l'esistenza di bacilli tubercolari *non acido-resistenti*, e resistenti invece all'antiformina ai quali egli ha dato il nome di « forme granulari ».

Tali forme granulari Much osserva pure nelle glandole affette nei casi di malattia di Hodgkin.

Il numero di bacilli trovati nelle glandole è veramente piccolo ed è mestieri operare con grande pazienza per arrivare a scoprirli, tanto più che questa forma granulare non si può riconoscere con facilità.

Per essere sicuro che si trattasse di bacilli tubercolari egli è ricorso all'inoculazione nell'animale. Tale inoculazione fu fatta impiegando del materiale di glandole escisse di fresco e ridotte in emulsione con aggiunta di antiformina; le cavie mostrarono la formazione di tubercoli fibrosi isolati, sviluppatisi nell'omento, ma il processo non mostrò tendenza a progredire.

L'agente infettivo del morbo di Hodgkin sarebbe dunque un germe di forma granulare morfologicamente e biochimicamente identico al germe descritto da Much e Fraenkel come « forma granulare del virus tubercoloso ».

La portata pratica di una tale scoperta, ove essa venisse dimostrata esatta, sarebbe veramente delle più importanti. Dott. GOD.

SIFILIDOLOGIA.

Sulla questione delle « affezioni parasifilitiche ».

(SCHOENBORN e CUNTZ, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n. 12, pag. 542).

Il concetto delle affezioni parasifilitiche (*metasifilitiche. sifilide quaternaria, affezioni postluetiche*) ha il suo principale sostegno nella origine sifilitica della tabe e della paralisi. Non sarà privo di interesse peraltro rammentare che originariamente il Fournier, che fu il primo ad adoperare l'espressione « parasifilitico » non poneva la tabe tra le affezioni meta o parasifilitiche propriamente dette. Egli curava in principio la tabe post-sifilitica semplicemente come un'affezione specifica terziaria, ma del resto metteva la tabe fra le malattie che « possono egualmente prodursi all'infuori ed indipendentemente da ogni antecedente di sifilide ».

Solo più tardi la comprese fra le affezioni parasifilitiche, che egli nel 1894 definiva nel modo seguente: « Le affezioni parasifilitiche non hanno come causa esclusivamente e necessariamente la sifilide, mentre gli accidenti sifilitici propriamente detti non derivano se non dalla sifilide ».

In Germania la parola « parasifilitico » esprime invece un concetto, il quale più che alla definizione del Fournier corrisponde alle teorie del Moebius e dello Strümpell (sifilotossine).

Tutti sappiamo quanto spesso nelle affezioni metasifilitiche tipiche, tabe e paralisi, si può dimostrare la coesistenza della lues e così pure nelle affezioni metasifilitiche degli organi del sistema circolatorio. Ora mentre la parola « metasifilitico » sembra scomparire dalla letteratura medica (salvo che dalla neurologia eviene sostituita dall'espressione « di origine sifilitica », ci si può domandare: Che cosa impedisce a noi di considerare la tabe e la paralisi quali affezioni sifilitiche vere e proprie? In realtà soltanto la mancata dimostrazione della spirocheta pallida nel liquor o nei tessuti

affetti, dimostrazione che proprio in queste due malattie non si era riusciti ad ottenere: che permetteva ancora di pensare alla possibilità che tali affezioni fossero collegate, è vero, alla sifilide, ma per un meccanismo ancora sconosciuto (forse per mezzo delle sifilotossine dello Strümpell). È noto peraltro quanto sia difficile dimostrare la presenza nei tessuti delle spirochete, anche quando si tratti di forme terziarie, della cui natura specifica nessuno dubita. Per affezioni di altri organi, che venivano, se non sempre, almeno molto spesso chiamate « metasifilitiche » si era già riusciti a dimostrare le spirochete nei tessuti (p. e. cuore ed arterie).

Gli autori hanno preso a studiare numerosi casi di malattie del cuore, dei reni e del fegato nei quali il legame con la lues era sicuro o per lo meno verosimile.

In 65 casi di malattie di cuore e dei vasi la reazione del Wassermann fu negativa in 6, e positiva in 46 ed in 5 di questi la reazione divenne negativa dopo la cura. Negli altri 13 casi la diagnosi di lues fu altrimenti dimostrata.

Nei casi di affezione epatica studiati, 13 erano sicuramente di sifilitici (8 con reazione Wassermann positiva) e comprendevano infermi con cirrosi, con lues non gommosa, con sindrome del Banti, ecc. Quattro migliorarono con adatte cure (anche col salvarsan).

Gli autori infine riferiscono su 12 casi di affezioni renali, in individui che avevano sofferto la sifilide, più due casi di emoglobinuria parossistica, in cui l'anamnesi era negativa, la reazione W. positiva, e l'esito terapeutico con Hg e salvarsan fu buono.

In tutti questi casi non si riuscì a dimostrare la spirocheta; gli autori però ammisero in tutti l'esistenza di un processo di sifilide recente o gommoso perchè tutti i casi studiati potevano raggrupparsi in una delle seguenti categorie:

Nella prima quelli in cui l'anamnesi per la sifilide era positiva;

Nella seconda quelli in cui la reazione W. era nettamente positiva;

Nella terza quella in cui coesistevano altri processi sicuramente luetici o post-luetici.

Gli autori si domandano se sia lecito considerare tutte queste affezioni da essi studiate come causate dalla sifilide. Allo stato delle nostre attuali conoscenze si deve ammettere di si. In quanto alla interessante questione perchè proprio quello speciale organo — fegato, aorta — ammali in un'infezione generale come la sifilide, non si può per ora dir nulla. Nel materiale studiato dagli autori non si poteva dimostrare che gli organi colpiti fossero già lesi, nè era sempre dimostrata in modo assoluto l'influenza di altre cause nocive (tabacco, alcool, infezioni che possono colpire a preferenza i reni, ecc.). Si deve forse ammettere, come per le sifilidi « a virus nervoso » una sifilide epatotossica, nefrotossica, ecc.?

Oppure la sifilide rappresenta per così dire un catalizzatore per qualche veleno specifico esistente nell'organismo?

Purtroppo a queste domande non può darsi ancora nessuna risposta.

In ogni modo, riassumendo i loro studi fatti su di così largo numero di infermi, gli autori concludono che la definizione del Fournier, la quale non fu del resto mai pienamente accettata da tutti gli autori, non è più da mantenersi. Non si può parlare adunque di affezioni parasifilitiche nel caso di malattie le quali secondo il concetto del Fournier, potrebbero svilupparsi, in maniera clinicamente eguale o almeno molto simile, su di un terreno di natura diversa da terreno sifilitico.

L'uso di questa nomenclatura trovava la sua ragione fino ad oggi nella non curabilità di tali malattie per mezzo del mercurio e del jodio e nella impossibilità di una dimostrazione biologica della lues.

Quest'ultima condizione può dirsi oramai eliminata con la reazione del Wassermann (ed anche con la citodiagnosi Nonne, Apelt, ecc.), mentre per ciò che riguarda la incurabilità col mercurio, essa deve venir ben altrimenti considerata, dal momento che sappiamo come la cura mercuriale in genere agisca diversamente nelle forme recenti e in quelle antiche della lues.

Si può dunque ripetere per gli adulti ciò che il Baginsky consiglia nelle forme infantili, di liberarsi cioè dal concetto così vago ed oscuro delle « affezioni parasifilitiche ».

Il concetto espresso dalla parola « parasifilitico » può dirsi divenuto superfluo, ed anche di fronte alla nuova concezione delle affezioni parasifilitiche, tentata recentemente dai francesi (*imprégnation organique* con anticorpi), gli autori reputano che non si debba più mantenere tale parola nel linguaggio medico.

Anche nella neurologia ciò è questione soltanto di tempo, e quanto prima la tabe e la paralisi dovranno chiamarsi malattie *sifilitiche* e non più *metasifilitiche*.

Questo concetto ha ricevuto oramai la sua conferma obbiettiva dopo che Noguchi ha potuto dimostrare in numerosi casi di paralisi progressiva la presenza delle spirochete nella corteccia cerebrale.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 marzo 1913.

Presidenza del prof. **F. Durante**, presidente.

Dott. **D. Lapponi**. *Azione dell'adrenalina iniettata nel peritoneo* (presentata dal socio prof. Gaglio). Lapponi ha studiato nell'Istituto farmacologico di Roma l'azione dell'adrenalina, iniettata nel peritoneo. Come è noto, l'adrenalina dà massima la sua azione quando s'inietta dentro le vene; la sua azione per iniezione ipodermica è molto dobole, e debolissima per la via della bocca. Lapponi in numerose esperienze sui conigli e sui cani ha visto come l'adrenalina iniettata nel peritoneo, alla dose di gm. 0.0005-0.005, innalza la pressione sanguigna moderatamente e fa durare questo innalzamento per molto tempo fino a più di un'ora. L'innalzamento della pressione sanguigna è ordinariamente di parecchi millimetri di mercurio. Esso è molto più forte, se nei cani la pressione sanguigna è stata precedentemente abbassata per mezzo di un forte salasso; in questo caso sotto l'influenza di qualche milligrammo di adrenalina iniettato nel peritoneo, la pressioue non solo risale al livello normale. che si aveva prima del salasso, ma lo supera di parecchi millimetri di mercurio.

L'A. inoltre ha iniettato nel peritoneo dei conigli per molto tempo dosi quotidiane progressive di adrenalina, da mezzo milligrammo a 5 milligrammi. Egli ha osservato che queste iniezioni endoperitoneali erano ben tollerate; in un coniglio è riuscito a praticarne fino a 83 con un totale di alcaloide iniettato di centigrammi 10.4. In tutti questi animali non ebbe mai ad osservore quei focolai di necrosi e di calcificazione eon dilatazioni aneurismatiche, che si vedono nelle pareti dell'aorta dei conigli nei quali si praticano iniezioni endovenose di adrenalina.

Le iniezioni endoperitoneali furono sempre praticate con rigorosa asepsi. L'adrenalina fu sterilizzata facendo bollire le soluzioni in presenza di acido carbonico, essendo risultati insufficienti le norme prescritte dalla farmacopea per la sterilizzazione dell'adrenalina.

Prof. **Purpura**. *Sull'asportazione dell'epiglottide* (presentata dal socio prof. Durante). — Il professor Purpura riferisce il risultato di alcune sue esperienze di asportazione dell'epiglottide. Come fatto immediato osservava abbassamento della voce, persistente per tutta la durata della vita dell'animale. Gli animali (cani) sono morti in un intervallo di tempo che al massimo fu di 4-5 mesi, per polmonite *ab ingestis*.

Prof. **R. Alessandri**. *Un nuovo caso di plastica ossea per lesione cranica antica con perdita di sostanza ed epilessia jacksoniana* (presentaz. dell'operato). — L'A. presenta un giovane da lui operato di plastica cranica, col lembo osteo-pericranico per rovesciamento alla Durante-Righetti, che è il terzo caso così trattato.

Riferisce lo stato ottimo degli altri due operati, uno della regione frontale destra, da tredici mesi, e l'altro della frontoparietale sinistra, da otto, sia riguardo alla solidità della parte ossea ricostituita, sia alla cessazione completa di ogni segno d'irritazione corticale.

Questo nuovo caso riguarda un giovane di 19 anni, che all'età di tre anni per un calcio di mulo riportò frattura esposta nella regione parietale destra con scheggiamento delle ossa e fuoruscita di materia cerebrale: si ebbe guarigione per seconda con permanenza di una perdita di sostanza ossea di 3 cm. per 4 circa, e paresi della metà sinistra del corpo, prevalente all'arto superiore, a forma spastica. Da qualche tempo si erano aggiunti degli accessi epilettici, che s'iniziavano a sinistra e divenivano poi generali.

Con un lembo rettangolare rialzato, messa allo scoperto la breccia, escisse i margini dell osso, che rovesciato verso la cavità cranica comprimevano fortemente la dura sottostante, specialmente in alcuni punti per formazioni osteofitiche; dall'alto formò poi il lembo pericranieo con brattee ossee, che per rovesciamento portò a coprire completamente la breccia. Sutura per prima.

A poco più di un mese di distanza la solidità dell'osso riformato è perfetta, e normale la curvatura della regione operata.

Non sono più apparsi accessi epilettici; anche la paresi spastica è in via di miglioramento.

Prof. **V. Nicoletti**. *I trapianti nervosi e tendinei nel ripristino anatomico dei muscoli*. II nota (presentazione di infermi). — L'O. che già in una precedente nota presentata alla R. Accademia medica aveva riferito sui primi risultati ottenuti nelle ricerche sperimentali sull'argomento, che furono iniziate nell'ottobre del 1910, comunica

oggi, a trenta mesi dall'inizio delle esperienze, le convinzioni acquisite circa al valore comparativo del trapianto tendineo e di quello nervoso nel ripristino anatomico e funzionale dei muscoli precedentemente paralizzati, mediante la resezione estesa del tronco nervoso corrispondente ed il rimbocco degli estremi dei monconi in modo da escludere assolutamente la possibilità di una riunione spontanea.

Le osservazioni sperimentali, completate opportunamente da precisi esami elettro-diagnostici, gentilmente praticati dal prof. Ghilarducci e dalle indagini istologiche eseguite dal dott. Cusumano, che ha assistito cortesemente il Nicoletti in tutte le esperienze, hanno convinto l'O. della superiorità indiscutibile del trapianto nervoso su quello tendineo nella rigenerazione anatomica del muscolo affetto da paralisi post-traumatica. Le osservazioni elettrodiagnostiche ed istologiche hanno esattamente confermato i risultati già comunicàti alla R. Accademia medica nel giugno 1912.

L'O., infine, presenta due infermi da lui operati di trapianti nervosi: l'uno da due mesi soltanto d'innesto ascendente della primitiva superiore sulla corda primitiva media del plesso brachiale di sinistra per paralisi di tutti i muscoli innervati dalla V e VI radice e datante da 10 mesi al momento dell'innesto, e l'altro da due anni di trapianto di un lembo sciatico sui rami popliteo interno ed esterno interrotto per un colpo di arma da fuoco circa un anno prima della data dell'intervento. In questo secondo paziente si è consegnito un risultato terapeutico brillante, essendosi ristabilita la funzionalità delle parti paralizzate, in modo quasi completo.

Prof. **R. Dalla Vedova**. *Ematoma arterioso diffuso della coscia da ferita della femorale: incisione, arterorrafia, guarigione.* — In un operaio, che tre settimane prima era stato colpito alla coscia da una scheggia di ferro, riportandone una ferita limitata e profonda, e in cui s'era stabilita una voluminosa e vasta tumefazione pulsante — un ematoma arterioso diffuso — l'O. ha praticato, il 21 ottobre u. s., la arterorrafia di una ferita longitudinale, di mm. 4 di lunghezza, della parete della femorale, che poneva in comunicazione il lume di questa con l'ematoma. Presenta l'operato.

L'O. *a*) ribadisce l'idea che l'antica denominazione di aneurisma falso non debba mantenersi per simile entità; *b*) pone in evidenza l'importanza del trattamento per sutura; *c*) coglie occasione per studiare la patogenesi della febbre traumatica.

Prof. **R. Dalla Vedova**. *Naso a sella traumatico; autotrapianto libero di una stecca osteo-periostea; guarigione.* — In un operaio — che da fanciullo aveva subito frattura delle ossa del naso, con parziale eliminazione dello scheletro osseo, e che presentava un naso a sella — ha praticato il trapianto libero di una stecca osteo-periostea, prelevata dalla tibia dello stesso soggetto, attraverso ad una incisione (alla Doyen) condotta sul margine del lobulo (novembre 1911).

Ha tardato fino ad oggi a presentare l'operato — che è stabilmente guarito, con ottimo risultato cosmetico — per istudiare il comportamento del trapianto agli effetti della sua evoluzione.

Con radiografie fatte successivamente (a 1 mese, a 11 mesi, a 18 mesi dall'innesto) si constata che questo nei primi mesi si è ridotto in volume, ma successivamente saldandosi mediante un ponte osseo al residuo dei nasali ha acquistata una radiopacità più uniforme e tale da far ritenere che nel trapianto debbano essersi svolti fenomeni di neoproduzione ossea.

Prof. **Egidi**. Compiacendosi del risultato veramente brillante che ha coronato questo intervento chiede perchè l'O. non abbia preferito ad un atto operativo di una certa importanza la semplice iniezione di paraffina.

R. Dalla Vedova risponde che non ricorrerebbe a cuore leggero a queste iniezioni essendogli noti, dalla letteratura, almeno tre casi di amaurosi da embolia della a. centrale netinica: nel caso in ispecie poi — in un operaio che per ragioni professionali aveva bisogno di un appoggio valido all'occhiale di protezione (forgiatore) e che per questa ragione chiedeva di esser liberato dalla sua deformità — la iniezione di paraffina probabilmente sarebbe venuta meno allo scopo.

A. BALDONI.

Reale Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 17 febbraio 1913.

Morpurgo. *Sull'estirpazione delle capsule surrenali ai topi in parabiosi.* — Avendo osservato che le femmine resistono poco all'estirpazione delle capsule surrenali, mentre i maschi vivono quasi tutti, l'A. ha praticato l'estirpazione delle capsule ad una femmina unita in parabiosi con un maschio; la coppia visse tre giorni dopo l'asportazione della II capsula. La morte fu quasi contemporanea, nella femmina si osservava una grande iperemia del fegato, della milza e di tutti gli organi. Probabilmente nella femmina si è manifestata un'insufficienza capsulare, debolezza del tono vasale e congestione a spese del sangue del compagno. Quindi pur essendovi comunicazioni sanguigne per cui dei due animali uno si è congestionato e l'altro anemizzato non si ebbe il passaggio dei principî adrenalinici.

Ponzio, presenta un interessante caso di *pseudo-calcolosi renale all'indagine radiologica* — Si trattava di un paziente con coliche ed ematuria rilevabile alla cistoscopia dall'uretere destro. Alla radiografia in corrispondenza del rene destro si notava una chiazza grande quanto una nocciola, ovalare, con tutti i caratteri del calcolo.

All'operazione non si trovarono calcoli, il rene era tutto infiltrato da un neoplasma maligno, e nella parte interna superiore della loggia renale si osservava un corpo ovalare, liscio, durissimo composto di sostanza calcare ed ossea con una cavità rivestita da endotelio e contenente del sangue fluido. PIETRO SISTO.

Società medico-chirurgica di Pavia

Presidente prof. **A. Monti.**

E. Brugnatelli e **G. Verga.** *Nuovo metodo di pelvioplastica.* — Gli AA., presentando quattro casi operati di pelvioplastica, dimostrano la superiorità del loro metodo, in confronto a quello finora in uso, di plastica unilaterale sopra la branca orizzontale di uno dei pezzi e di demolizione del promontorio.

Essi fanno un trapianto autoplastico della metà inferiore della sinfisi pubica, fissandolo con due punti di sutura metallica, tra le branche divaricate e recentate dalla metà superiore della sinfisi stessa. Dimostrano come con questo metodo essi non abbiano per nulla alterato la deambulazione e la statica del bacino anche in un caso operato da oltre due mesi. Si riserbano di studiare, a distanza di maggior tempo il reperto istologico.

A. Perroncito. *Un nuovo metodo di anastomosi venosa* (anastomosi termino-laterale della porta e della cava). — L'A. adopra due anelli metallici concentrici riuniti fra loro da otto raggi. Passato un anello entro gli orifici venosi o attraverso delle aperture praticate lateralmente nei vasi, i margini vengono estroflessi e fissati all'altro anello. I due anelli poi vengono uniti con un laccio passato alternativamente fra i raggi. Così le intime rimangono accollate fra loro, non avendosi nè rugosità nè filamenti nel lume del vaso con conseguente pericolo di trombi, come avviene col metodo Carrel. Animali così operati da più di due mesi vivono in perfetta salute.

G. B. Maffei. *Un tumore raro del mediastino.* — L'A. riferisce la storia clinica ed anatomica di un caso non comune di tumore da lui diagnosticato come un linfangio-endotelioma, che trasse origine probabilmente dalle ghiandole linfatiche, con estrinsecazione a cavallo dell'arco aortico e con diffusione lungo le vie linfatiche a quasi tutti i visceri addominali.

C. Moreschi. *Osservazioni sul morbo di Hodgkin.* — L'A. si diffonde intorno a quattro casi di morbo di Hodgkin, due donne (21 e 35 anni) e due uomini (26 e 50 anni). L'A. parla del reperto ematologico in tutti e quattro i casi. Negative furono in tutti la cutireazione tubercolinica e la reazione di Wassermann. Praticata la biopsia ed iniettato il materiale biopsico in cavie, conigli e in un cercopiteco e un macaco, non provocò lesioni apprezzabili negli organi ematopoietici. Un caso venne all'autopsia, e nelle glandole non si riscontrarono nè bacilli tubercolari, nè granuli di Much. L'iniezione negli animali di milza e di midollo osseo di questo cadavere (l'autopsia si praticò 7 ore dopo la morte) non diede luogo ad evidenti alterazioni di organi. L'esame istopatologico delle ghiandole mise in evidenza note strutturali varie da caso a caso.

L'A. chiude parlando della cura. L'applicazione dei raggi X, di breve o di lunga durata, non è riuscita efficace: si ebbe solo una temporanea riduzione degli organi irradiati. A. VALENTI.

Accademia di scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del dicembre 1912.

A. Ghedini. *Contributo alla chirurgia del seno frontale.* — L'O., prendendo occasione da un altro caso di empiema frontale bilaterale da lui felicemente operato e nel quale l'esame radiografico in precedenza eseguito, valse a fargli rilevare un' importante anomalia nella disposizione dei seni e a trattenerlo dal penetrare nella cavità del cranio, applicando il trapano nella sede normale occupata dal seno, si diffonde a parlare di questi diverticoli della cavità nasale, che egli illustra mostrando crani, tavole e radiogrammi oltremodo interessanti, perchè atti a provare quanto incostanti siano i seni della fronte per forma, numero, sede e rapporti coi seni vicini specie quello sfenoidale e quanto, pel chirurgo, sia infido l'affidarsi, nell'apertura di essi, alla guida che gli fornisce l'anatomia umana normale.

Boschi. *L'individualità biologica, l'eguaglianza della legge per tutti e l'istituto della grazia.* — L'O. parla dell'errore della legge penale di non considerare, nelle sue applicazioni di pena, le ragioni dell'individualità, per cui uno stesso intervento ha entità punitiva diversa a seconda delle condizioni e della costituzione fisica e psichica del soggetto.

Pare all'O. che gli studi sulle predisposizioni individuali possano efficacemente modulare la sentenza del Giudice; e l'Istituto della Grazia indichi a sua volta una via di rimedio, se allargato così da costituire una revisione postuma delle sentenze. Dott. GIUSEPPE FERRARI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla patogenesi della nefrite ascendente.

Le esperienze in animali, condotte allo scopo di chiarire la patogenesi della nefrite ascendente, non hanno seguito la via e il mezzo corrispondenti ai termini della patologia umana: sugli animali si sono prodotte stenosi ureterali, i reperti anatomici sull'uomo invece dimostrano che in 305 casi di cistopielonefrite uno solo era da imputarsi a stenosi dell'uretere mentre nella maggior parte l'origine doveva cercarsi nelle alterazioni dell'uretra e della vescica.

Partendo da tale sconcordanza dei dati anatomo-patogici coi dati sperimentali, il Borri (*Autoriass. e riviste*, vol. X, n. 7) studia il problema al lume della critica, basata sopratutto su dati anatomo-patologici.

Egli nota che nei vecchi (al di sopra dei 60 anni) nei quali si hanno tutte le condizioni che facilitano l'impianto di un processo infettivo nelle vie urinarie (ipertrofia prostatica, restringimenti uretrali, alterazioni involutive degli organi e specialmente dei reni), bastano tali condizioni produrre un' alterazione ascendente nel rene; nei giovani invece le cistopielonefriti sono legate nella maggior parte dei casi a lesioni del midollo spinale. Su 91 casi di pielonefrite al di sopra dei 60 anni, 74 (81 %) sono dovute ad ipertrofia prostatica e ad infezioni vescicali in genere, al disotto dei 60 anni su 110 pielonefriti 31 sono legate a lesioni midollari.

Se le condizioni di innervazione e di difesa del rene e degli ureteri sono integri non bastano la stenosi uretrale e l'inoculazione di germi a produrre negli animali un processo infettivo ascendente, si rende necessaria un'irritazione del rene (cantaridina) ed allora mentre il bac. coli ed i piogeni ascendono facilmente, non ascendono il gonococco e il bac. Koch.

Se invece il midollo è leso, tutto l'apparato urinario si trova in istato di grande labilità paralisi della vescica, degli ureteri, alterazioni nel trofismo e nell'innervazione renale, condizioni che permette la risalita e la fissazione dei germi.

I criteri per i quali si può affermare l'origine ematogena o l'origine ascendente dell'infezione sono il culturale e il microscopico; il criterio clinico (rapidità dell'insorgenza) non ha valore poichè con eguale rapidità può insorgere un processo renale ascendente.

Il dato culturale (culture del cuore, della milza, dei polmoni) ha grande valore per i germi facilmente coltivabili dal sangue; se non si ritrova nel sangue il germe che si coltiva nel rene e dagli ureteri con grande probabilità la pielonefrite è ascendente.

I dati microscopici non sono meno importanti per la diagnosi differenziale: nelle vie ematogene si trovano invasi i glomeruli o i vasi, nella via ascendente sono gli ammassi, i cilindri batterici dei canalicoli urinari che caratterizzano la lesione.

t. p.

CASISTICA.

Rammollimento cerebrale e raccolta meningea puriforme asettica a polinucleari intatti.

Fino a qualche anno fa si riteneva che qualunque raccolta di aspetto purulento formata da polinucleari, fosse un pus microbico settico, e quando una puntura della pleura o peggio ancora dalle meningi dava esito a un liquido così fatto, il pronostico che se ne faceva era dei più infausti. Widal nel 1906 distinse in questi liquidi di aspetto purulento, quelli settici, a polinucleari alterati, e le raccolte purisimili asettiche a polinucleari intatti. Nei primi, oltre ai polinucleari alterati si possono mettere in evidenza i germi patogeni sia con esami diretti, sia con le colture, sia con le inoculazioni. I secondi, che per caratteri macroscopici sono identici ai primi, microscopicamente mostrano polinucleari intatti ed assenza di agenti patogeni, donde il nome di raccolte asettiche a polinucleari intatti. Non è difficile la diagnosi differenziale in quanto la sola presenza di polinucleari intatti basta a stabilirla, senza ricorrere alle indagini laboriose delle colture e delle inoculazioni. La distinzione non ha un valore soltanto per le questioni di patologia generale, che possono scaturirne, ma ne ha dal punto di vista pratico della prognosi e della terapia. Infatti Widal e i suoi allievi Lemierre, Boidin, Gougerot, Philibert hanno dimostrato, che le raccolte puriformi asettiche sono suscettibili di guarigione, al contrario delle forme microbiche.

L'osservazione che riassumo è di Pierre Marie e H. Gougerot, e rappresenta un esempio di raccolta meningea asettica a polinucleari intatti.

Si tratta di un vecchio robusto, preso da *ictus* il 1° gennaio 1909. Entrò nell'infermeria « de Bicêtre » il 2 gennaio 1909. Era in istato di subcoma incosciente e presentava emiplegia destra totale, con emiparalisi faciale completa (faciale superiore e inferiore), emiagnosia destra, probabile emianopsia destra.

All'emiplegia ed emianopsia destra si aggiungeva una rigidità bilaterale, per la quale era difficile muovere il paziente.

Non si poteva affermare l'esistenza del Kernig. Data la rapidità con la quale la sindrome si era manifestata e la rigidità, si pensò ad una emorragia cerebrale con inondazione secondaria delle meningi, cioè ad una emorragia cerebro-meningea.

Si praticò intanto una puntura lombare: essa diede esito ad un liquido torbido, d'aspetto siero-purulento, senza colorito roseo o rossastro. Il reperto meravigliò, e sorse il dubbio diagnostico: era una meningo-encefalite, una meningite, o un rammollimento complicato a meningite purulenta?

L'esame istologico rischiarò la questione: esso infatti dimostrò come il liquido abbondasse di polinucleari integri, e mancavano i germi della suppurazione. Così le colture e le inoculazioni furono tutte negative. Mancavano inoltre tutte le comuni reazioni che sono presenti nel liquido cerebro-spinale dei meningitici (fibrina, albumina, zucchero).

L'autopsia oltre a lesioni ateromatose dell'aorta, a dilatazione del cuore, e a sclerosi renale, mostrò un vasto rammollimento bianco di tutta la parte media dell'emisfero sinistro per obliterazione del tronco della silviana alla sua nascita.

L'esame istologico fu praticato in tutto il cervello, prelevandone dei piccoli pezzi, ricoperti dalle meningi molli lontano dal focolaio di rammollimento, ai limiti di questo, e in pieno focolaio.

Lontano dal focolaio non si trovarono che i reperti degli ispessimenti meningei propri degli arteriosclerotici.

Al livello del focolaio si cominciarono a vedere i polinucleari che riempivano le arteriole, dando luogo in alcuni punti alla formazione di veri trombi. Peraltro i polinucleari in questi punti non si trovavano nella compagine della sostanza cerebrale, non vi era nelle meningi infiammazione, non reazione endoteliale, non edema.

Nel focolaio si videro anzitutto i caratteristici aspetti della necrosi da rammollimento. Importanti erano i processi a carico dei vasi. In essi non si notavano fatti di arterite acuta, ma fatti necrotici delle pareti. Nei vasi i polinucleari erano addensati e qua e là per diapedesi si vedevano abbandonare il vaso per il tessuto circostante. Nel tessuto i polinucleari erano sparsi senza grande tendenza a raggruppamenti speciali in placche.

Qualche anno indietro dinanzi ad un caso di tal genere si sarebbe senz'altro concluso trattarsi di un rammollimento cerebrale complicato ad una meningo-encefalite infettiva. Oggi, dopo il lavoro del Vidal, se ne può dare tutt'altra interpretazione. Oggi parliamo di rammollimento cerebrale da obliterazione della silviana con reazione meningea asettica. Per il fatto stesso dell'embolia è noto che intorno al focolaio avvengono delle congestioni vasali: ora, mentre i globuli rossi non traversano le pareti vasali, i globuli bianchi che posseggono movimenti ameboidi a poco a poco filtrano, ed ecco la loro comparsa nel liquido cerebro-spinale, al quale — se contenuti in quantità sufficiente — dànno il caratteristico aspetto purisimile.

Questa la spiegazione data da Widal e Gougerot per spiegare le raccolte puriformi pleurali nel corso degli infarti polmonari, e che può anche applicarsi per le raccolte meningee nei rammollimenti. Potrebbe anche essere — ma è una pura ipotesi — che il tessuto nervoso eserciti un'azione chemiotattica positiva sui polinucleari.

F. SABATUCCI.

Su alcuni sintomi dell'arteriosclerosi cerebrale.

Il Bing (*Korr. f. Schw. Aerzte*, 1912, n. 22) ha studiato specialmente quei fenomeni che si possono spiegare con alterazioni diffuse della nutrizione dei centri nervosi dovute a lesioni vasali « la pseudoneurastenia arteriosclerotica ».

Questa forma morbosa colpisce di regola individui tra i 45 ed i 55 anni e si manifesta soprattutto con cefalea. che aumenta nel lavoro mentale ed ha una grande somiglianza con quella dovuta a disturbi di refrazione che si sviluppano dopo i 40 anni e quindi in ogni caso s'impone un accurato esame della funzione visiva. È caratterizzata di regola da un senso di peso specialmente frontale che si verifica anche al mattino, ma che assume il suo massimo d'intensità verso sera. Un altro sintomo molto importante è la vertigine, raramente nella forma di una vera vertigine vestibolare (vale a dire accompagnata da ronzii): per lo più non è una vera vertigine ma è un senso di debolezza improvvisa o un obnubilamento momentaneo del campo visivo o un senso di costrizione o di ansia che viene chiamato vertigine. Esiste quasi sempre un certo grado d'insonnia, talora una vera inversione del sonno (tendenza a dormire di giorno, insonnia di notte).

Il paziente affetto da pseudoneurastenia arteriosclerotica presenta inoltre un' incapacità al lavoro molto spiccata in ogni caso, l'umore è per lo più depresso, irritabile.

Sopra al quadro classico della forma morbosa descritta spiccano talora disturbi di notevole intensità spesso transitori che stanno al punto di confine tra un'affezione organica e funzionale. Così dolori molto intensi che vengono ad accessi e colpiscono ora il dorso, ora gli arti, ora la

faccia. L'A. esclude che siano di natura nevralgica sia per la mancanza di punti dolorosi, che per il carattere lancinante che ricorda quello dei dolori della tabe: egli li mette in rapporto con spasmi vasali che si verificano nel sistema nervoso centrale o nelle radici posteriori. Un altro fenomeno accessionale che si verifica nel quadro dell'arteriosclerosi cerebrale è costituito dalla « claudicazione intermittente spinale » del Déjerine, che si distingue dalla forma periferica per la mancanza di fenomeni vasali periferici e per la presenza di polso arterioso: si tratterebbe di stati spastici periodici che decorrono con aumento dei riflessi e fenomeno del Babinski e che forse sarebbero di origine vasomotoria.

La stessa spiegazione potrebbe darsi ad alcuni fenomeni transitori di natura cerebrale che si presentano sul quadro di un'arteriosclerosi del sistema nervoso centrale; quali emiparesi, afasia ed emianopsia transitoria. P. A.

TERAPIA.

Sull'anestesia sacrale e locale.

A. Martin (*Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Juli 1912, pag. 61), ricordato il conflitto fra la anestesia lombare e la cloronarcosi, non ancora risolto anche in ginecologia, espone un nuovo metodo di narcosi del Gatch di Baltimora (e raccomandato dallo Schlimpert e dal Neu) fondato sull'uso di un miscuglio di ossidulo di azoto e di ossigeno; miscuglio che con un apparecchio abbastanza semplice viene automaticamente regolato e che in molti Istituti dove fu usato non avrebbe dato inconvenienti di sorta. L'apparecchio permette pure l'aggiunta di etere e non sembra esclusa la probabilità di ulteriori perfezionamenti che permettano anche l'uso del cloroformio ed etere.

Per converso altri perfezionamenti vengono apportati all'anestesia sacrale: Laewen e Gross migliorano l'anestesia extradurale con l'aggiunta di soluzione di bicarbonato di sodio come veicolo per la novocaina: Schlimpert poi, adotta nella Clinica di Friburgo un utile metodo di anestesia sacrale extradurale alta per le laparotomie, che fa concorrenza alla anestesia lombare. Seguendo un minuzioso schema che tien conto del peso del corpo della paziente e con l'uso preliminare di morfina, scopolamina o veronal, lo Schlimpert riporta i favorevoli risultati di 635 anestesie sacrali, rilevando il vantaggio del suo metodo per l'assenza di vomiti e cefalee, così frequenti nelle anestesie lombari. L'A. raccomanda che estese e numerose osservazioni da farsi in altri Istituti vengano a confermare i risultati dello Schlimpert ed eventualmente a migliorarli con semplificazioni di tecnica.

Circa l'anestesia locale l'A. ricorda le scarse esperienze del Wernitz, del Mathis, del Rosthorn non solo per piccoli interventi vagino-perineali o sulla portio, ma perfino per estirpazioni vaginali totali: al quale ultimo scopo anzi E. Ruge usa un suo metodo di anestesia locale con iniezioni di novocaina (1 %) e soprarenina (5 gocce 1 ‰ su 100 cmc.) ai lati dell'utero fino a introdurre 40 cmc. di soluzione: l'A. raccomanda che ulteriori esperienze determinino il valore di tal metodo. F. BAFFONI-LUCIANI.

L'anestesia regionale delle membra con le iniezioni endovenose di novocaina.

Il metodo è stato introdotto nella pratica chirurgica da Bier nel 1908; egli tentò l'iniezione di novocaina nelle vene per anestesia locale, in seguito ad un'esperienza preventiva assai dimostrativa: su un arto inferiore che si doveva amputare, passò due legature, una al di sopra e una al disotto del ginocchio, tra le due legature iniettò sotto pressione nella safena 50 cmc. di soluzione d'indaco —; tutti i tessuti compresi tra le due legature dalla pelle fino al midollo osseo si colorarono in bleu; egli pensò che sostituendo alla soluzione d'indaco una soluzione di novocaina si doveva avere un'*anestesia diretta* nel segmento compreso tra le legature ed *una indiretta*, poiche i tronchi nervosi che traversano i tessuti sarebbero rimasti imbevuti dall'anestetico, in tutte le parti che rimangono al disotto della legatura. I primi tentativi di Bier furono incoraggianti; a 4 anni di distanza compaiono resultati statistici di Hayward (375 casi) di Kaerger (150 casi) e di altri che rimettono in onore il metodo.

Sarà bene prima di vedere i resultati di precisarne la tecnica:

Lo strumentario consiste in una siringa di vetro sterilizzabile della capacità di 100 cmc. di aghi del diametro di 1 ½-2mm., muniti di una tacca per fissarvi la vena, di un tubo di caoutchouc a parete spessa per riunire solidamente l'ago alla siringa, dei ferri necessari per mettere a nudo la vena (bistoury, sonda, forbice), di una fascia di Esmarch e due nastri di gomma.

La soluzione da iniettare è la novocaina 0.5-1% la quantità per l'arto inferiore, è di 80-100 cmc. per il superiore 60-70 variando le dosi a seconda dello sviluppo dell'individuo.

Si procede prima all'ischemia dell'arto e si fissa la legatura superiore o centrale immediatamente al di sopra del punto in cui si dovrà praticare l'iniezione endovenosa; a 15 o 30 cm. dalla prima legatura si passa la seconda distale, periferica.

Per l'arto inferiore è preferibile la safena interna, per il superiore la basilica o la cefalica. Scoperta la vena si lega il moncone centrale e si adatta l'ago al periferico, si fissa la vena alla cannula dell'ago e si spinge lentamente il liquido, con forza per vincere la resistenza periferica.

Finita l'iniezione l'ago si può lasciare in posto in maniera che ad operazione espletata si possa procedere ad un lavaggio della parte con soluzione fisiologica, o dato il nessun pericolo che l'individuo corre per il riassorbimento dell'anestetico, si può levare l'ago e legare anche il moncone periferico.

L'anestesia locale diretta nella zona immediata del tessuto è rapida (1 o 2 minuti): essa rimane incompleta in una stretta zona immediatamente sottostante alla legatura superiore, perciò bisogna porre questa legatura ad una certa distanza al disopra della regione in cui si deve operare. Scompare prima la sensibilità alla temperatura, poi quella al dolore, quindi la tattile, infine quella di posizione.

Più tardiva è l'anestesia indiretta del segmento sottostante alla legatura; dopo 8-10 minuti per il membro superiore, dopo 10-15 minuti per l'inferiore, compare l'anestesia e una paralisi completa dei muscoli con rilasciamento del tono, fatto che permette interventi per fratture, ecc.

L'anestesia dura a lungo (Hayward in un caso un'ora e tre quarti), e cessa rapidamente in qualche minuto non appena si leva la legatura. Il pericolo dell'intossicazione da rapido riassorbimento è più teorico che rispondente a realtà: Bier e i suoi allievi in più di 500 casi non hanno avuto che in soli 3 casi fenomeni tossici, e in tutti e tre l'iniezione era stata fatta nel capo centrale, pratica che Bier ha poi rifiutata.

Seguendo la tecnica descritta Hayward su 375 operati 350 volte ha avuto anestesia assoluta e perfetta (93 %), 15 volte anestesia incompleta ma sufficiente (4 %), 10 volte insufficiente (3 %) tanto da dover ricorrere alla narcosi.

Le controindicazioni a tale genere di anestesia sono date dalla mentalità del malato, dallo stato del sistema vascolare, dalla natura di certe lesioni.

Soggetti neuropatici, sclerosi vasali, gangrene e specialmente le diabetiche, controindicano tale genere d'anestesia.

t. p.

Rubrica ufficiale sanitario ed igiene

Ricerca dell'alcool metilico nelle bevande alcooliche.

Dopo i gravi avvelenamenti acuti lamentati a Berlino nel dicembre 1911 ed a Bologna nel successivo gennaio per ingestione di bevande alcooliche (grappe) contenenti alcool metilico (alcune per completa sostituzione dell'alcool etilico), la ricerca specifica dell'alcool metilico in questi liquidi è divenuta interessante.

Lo Stato saggiamente ha quasi completamente ormai prevenuto l'abuso, che si andava propagando dell'addizione o della sostituzione dell'alcool metilico nelle bevande alcooliche, perchè una disposizione fiscale (R. D. 30 novembre 1911) ha equiparato il dazio per l'alcool metilico a quello per l'alcool etilico.

Parecchi sono i mezzi di riconoscere qualitativamente l'alcool metilico nell'alcool etilico, ma non sempre semplici, perchè molte reazioni restano dubbie con quelle dell'alcool etilico; la difficoltà aumenta per questa ricerca, perchè molte bevande alcooliche naturali contengono sempre piccole quantità di alcool metilico (alcune fino al 2 % volumi di alcool etilico); sarebbe quindi sempre necessario procedere ad una determinazione quantitativa dell'alcool metilico addizionato, cosa questa non molto semplice nè comoda.

Un mezzo semplice che può essere applicato da chiunque per la ricerca dell'alcool metilico in proporzioni superiori al 2 % volumi di alcool etilico è il seguente:

Si prendono 5 cmc. del liquido alcoolico distillato (a 15-20 gradi in volume di alcool %) opportunamente dalla bevanda alcoolica in esame, e si pongono in un tubo di saggio. Si aggiungono gr. 0.10 di acido cromico crist. e 10 goccie di acido solforico concentrato. Si lascia in riposo la soluzione sino a che il liquido non siasi colorato in verde. Si versano in una piccola capsula di porcellana sei gocce di questo miscuglio e si aggiungono 20 gocce di acido solforico concentrato ed un cristallino di morfina e si agita con una bacchettina. In presenza di alcool metilico si ottiene una netta colorazione violetta scura, se la proporzione dell'alcool è superiore al 2 % volumi di alcool etilico; una colorazione rosso-cremisi o giallo-bruno, indica pure presenza di alcool metilico ma per quantità minori. L'alcool etilico puro nelle stesse condizioni dà sempre una colorazione giallo-cedro.

E. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(102). *Terapia delle alopecie.* — Desidererei per cortesia che nella bellissima rubrica « Posta degli abbonati » si rispondesse ai quesiti seguenti:

Quali i rimedi per le comuni *alopecie?* — Quali le più comuni ricette? E quali le più efficaci?

Ringraziando sentitamente mi abbia

Ischia di Castro.

Devotissimo
Dott. SCARAMUCCI FRANCESCO.

La terapia mira ad eliminare le cause (alterazioni della secrezione sebacea) ed a rinvigorire lo stato generale, quando la caduta dei capelli possa essere la conseguenza di malattie debilitanti. Inoltre si deve cercare di favorire lo sviluppo dei capelli, stimolandone la nutrizione.

L'iperemia infiammatoria può avere una tale azione come si può dimostrare sperimentalmente (per es. per mezzo di frizioni con olio di croton).

Le diverse *acque per capelli* e le pomate a base di cloralio idrato, tintura di cantaridi, tintura di capsico, catrame, acido pirogallico, crisarobina, tannino, canfora, veratrina, ecc. hanno appunto questo scopo.

In quanto alla *seborrea* nelle sue varie forme, alla quale è così spesso legata la perdita dei capelli, la terapia consiste nel rimuovere dal cuoio capelluto il materiale seborroico, asciutto o grasso, che vi si accumula, per mezzo, per es., di una pomata all'acido salicilico al 3 % eventualmente con l'aggiunta di solfo 2-5 %, oppure soltanto per mezzo di *spirito saponato alcalino* ed acqua calda e ungendolo poi con sostanze grasse, se la cute rimanesse troppo asciutta ed arida. Indi si frizionerà una o due volte al giorno il cuoio capelluto a mezzo di una piccola spugna imbevuta di una soluzione alcoolica delle seguenti sostanze, sole o associate fra di loro: timolo ¼-½ %, acido salicilico 1-5 %, resorcina 1-3 %, mentolo (in caso di prurito) 1-3 %, idrato di cloralio 1-2 %, ecc.

A tali soluzioni alcooliche si aggiungerà dell'olio di ricino, oppure della glicerina fino al 7 %, a seconda che la forma della seborrea sia piuttosto grassa od invece secca, desquamativa.

V. MONTESANO.

Pubblicheremo prossimamente:

Falcioni, Sulla localizzazione della malaria alle abitazioni;

Petrilli, Contributo alla clinica ed alla profilassi della parotide epidemica.

Massarotti, Contributo all'etiologia della paralisi progressiva.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

F. DURANTE — **Tubercolosi e sua cura a base iodica.** Amm. del giornale « Il Policlinico ». 1913.

« È un libriccino, che vale tanto oro quanto pesa » così si esprimeva l'illustre clinico di Roma, il Baccelli, parlando della « Semiotica » di Skoda.

Senza dubbio era questo un giudizio tacitiano e non credo possibile formularne oggi uno migliore per quest'altro libricino, che il più geniale maestro della chirurgia italiana offre regalmente ai lettori del « *Policlinico* ». Sono soltanto 164 pagine di un volumetto in 16, nel quale lo scienziato e l'apostolo, fusi insieme, profondono i tesori dell'esperienza e della saggezza, purificati alla fiamma vivissima della critica cosciente e illuminata. È il compendio di 25 anni di studio indefesso, di 25 anni di lotta quotidiana, combattuta senza quartiere, con la mente e col cuore, contro l'idra dalle cento teste, questo che abbiamo oggi innanzi agli occhi.

Chi scrive ebbe infatti la fortuna di assistere e di seguire, molti anni or sono, i primi casi di *epididimite tubercolare* e di *sinoviti specifiche*, curati e guariti dall'illustre Maestro colle iniezioni locali di quella soluzione iodo-iodurata, che oggi va pel mondo col suo nome!

A Francesco Durante spetta adunque la gloria fulgidissima di avere, con fede e tenacia incrollabile, divinato e dimostrato, clinicamente e sperimentalmente, il valore inestimabile dello *iodio* nella cura della tubercolosi e, per naturale derivazione, in tutte le applicazioni della moderna chirurgia.

In questo aureo volumetto l'A., dopo essersi occupato della *etiologia* e *dell'anatomia patologica* del processo tubercolare, tratta della sua diagnosi in generale e poi specialmente della diagnosi dell'ascesso freddo, della linfoadenite, dell'adenite mammaria e salivare, dell'epididimite, della prostatite, della pielo-nefrite, della peritonite, della pilorite, della cieco-appendicite, della proctite, dell'idrope articolare e della osteite.

Sono piccoli quadri, disegnati a tratti nitidi e magistrali, di fattura squisita, che rimangono impressi nella mente in modo indelebile.

Dopo poche parole, spese per la prognosi, l'A. dice del trattamento igienico e iodico della tubercolosi in genere e passa quindi alla cura di questa nei singoli organi e tessuti, cominciando dai polmoni. Si trovano indi i dettami per la cura iodica della pleurite e della peritonite tubercolare, della pilorite e cieco-appendicite, della rettite e retto-colite, della metrite del collo ed

endometrite, dell'epididimite ed orchite, della prostatite, della cistite e pielo-nefrite, delle ulcere della pelle, della linfo-adenite, dell'ascesso freddo, dell'artrosinovite, dell'osteite.

Di ciascuna forma l'A. dà le norme esatte per la cura; i criterî che inducono a insistere o ad arrestarsi temporaneamente; gl'indizi del successo quasi sempre infallibile.

Sappiamo bene che qualche capitolo in ispecie troverà dei dubbiosi o magari dei dissidenti, ma a costoro bisogna ricordare che la cura iodica della tubercolosi richiede una grande ed essenziale condizione per il buon successo: la pazienza, molta pazienza, infinita pazienza!

Il medico ed il malato che ne fossero sprovvisti, vi rinuncino pure francamente: si risparmieranno un'amara delusione, non imputabile al metodo di cura.

Nessun medico potrà fare a meno di questo piccolo e prezioso volume, che dovrà essergli compagno e savio consigliere, conforto e sprone in molte contingenze dell'aspra lotta.

T. FERRETTI.

AMATORE AUSTONI. **Ipofisectomia, indicazioni, controindicazioni e scelta del metodo operativo.** Padova, Società cooperativa tip., 1912.

In questo libro l'A. tratta un capitolo nuovo o quasi della chirurgia ipofisaria. Da un'analisi completa di tutti i metodi operativi praticati sugli animali e sull'uomo, per aggredire l'ipofisi, e dall'esame comparativo dei risultati ottenuti con l'intervento per affezioni ipofisarie (in massima parte tumori), egli deduce le principali indicazioni dei vari metodi di cura chirurgica. Descrive anche un suo metodo d'ipofisectomia temporo-sfenoidale praticato sul cadavere e su vari animali, nei quali ha tentato di riprodurre la sindrome del tumore ipofisario, per quanto riguarda i fatti di compressione delle strutture vicine.

L'A. ha fatto precedere a questa parte prettamente chirurgica delle ricerche personali sulla costituzione della loggia ipofisaria ed un'analisi delle teorie principali sulla funzionalità dell'ipofisi. Il libro di Austoni, chiaro nella forma, ed arricchito di illustrazioni dimostrative, rappresenta un contributo notevole alle nostre conoscenze sul trattamento delle affezioni, fortunatamente rare, dell'ipofisi.

A. C.

PASANISI. **Chirurgia delle vie biliari.** Unione Tip. Editrice Torinese, 1912. L. 10.

Dopo un'estesa e chiara esposizione dell'anatomia chirurgica del fegato e delle vie biliari, l'A. in un secondo capitolo riassume quanto oggi si conosce intorno alla fisiologia della secrezione biliare, in modo piuttosto breve ma sufficiente perchè se ne abbia un concetto esatto. Passa quindi a trattare della patologia delle vie biliari in varî capitoli, fra i quali vanno specialmente ricordati quello sulla litiasi e quello sui tumori: tutte le questioni sono esposte molto concisamente, ma sempre in modo chiaro ed esatto; e senza tralasciare quanto di più importante si conosce in proposito. In una terza parte infine l'A. si occupa della chirurgia delle vie biliari: è la parte più estesa e più completa nella quale questo capitolo così importante della medicina operatoria viene esposto nei minimi particolari per quanto concerne sia la tecnica dei singoli interventi, sia le indicazioni e le controindicazioni di essi. Il lavoro è completato da un indice bibliografico molto esteso e da una serie di figure chiare e dimostrative.

Al.

VARIA

Il pudore nella pubblicità medico-farmaceutica. — È stato distribuito in questi giorni l'elenco degli abbonati ai Telefoni dello Stato, che essendo stato dato in appalto contiene degli avvisi di pubblicità. A pag. 564 un avviso già stampato è stato ricoperto da una striscetta di carta verde, e a pag. 566 in un altro avviso una parola è mascherata da un pezzettino di carta bianca. Per trasparenza il lettore curioso può accertarsi che la striscetta di carta verde ricopre un articoletto dedicato a giovani, vecchi, sposi, cui vengono offerte delle pillole d'Ercole, e il pezzettino di carta bianca nasconde l'aggettivo *genitale* attribuito alla *debolezza* che può essere guarita con l'applicazione di un certo cinto. Diamo un punto di merito a colui cui si deve questa prova di pudore semi-ufficiale, e promettiamone due per il giorno in cui questi due articoli non saranno nemmeno stampati o per lo meno vi si incollerà sopra della carta meno trasparente.

Cajus.

Il fascicolo di aprile 1913 della nostra **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Dott. F. Scordo e G. Rizzuti** - Considerazioni cliniche e ricerche batteriologiche in una epidemia d'itero infettivo a Tripoli.

II. **Dott. Giovanni Antonelli** - Intorno agli itteri emolitici.

III. **Dott. Abele Tadini** - Nuove osservazioni sull'immunizzazione attiva contro le sostanze pirogene contenute nella anafilatossina tifica.

IV. **Dott. Morelli Fernando** - Contributo allo studio del meccanismo d'azione degli essudati aggressinici e dei sieri antiaggressinici.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le formalità dei documenti per l'ammissione ai concorsi.

Dopo aver riportato quanto noi pubblicammo su questo argomento nel fasc. 16, il « Medico Condotto » aggiunge le considerazioni che seguono, dovute al dott. Cingolani. Esse attestano una rara competenza e dovrebbero esser tenute presenti dai medici che sostengono dei concorsi e, più che altro, dai commissari, in attesa che le norme procedurali vigenti vengano semplificate e unificate — come riteniamo sia desiderio di tutti — così da non prestarsi a interpretazioni varie e da non consentire che per l'ammissione ai concorsi possano imporsi condizioni restrittive, le quali non siano pienamente giustificate da particolari esigenze.

I formalismi ed inconvenienti lamentati dal collega L. V. sono veri e reali.

Senonchè conviene riconoscere che, mentre in alto (Direzione di sanità e Consiglio di Stato) si usa molta larghezza nell'interpretare siffatti formalismi, sì da temperarne il rigore ed attenuarne gl'inconvenienti, siamo proprio noi medici, sono precisamente le Commissioni tecniche dei concorsi che sogliono applicare le disposizioni regolamentari nel modo più letterale e più ristretto, esagerando gl'inconvenienti e rendendo possibile un vero ostruzionismo a danno dei concorrenti.

Ora io intendo dimostrare che, pure applicando la legge che esige l'attuale documentazione, le Commissioni tecniche possono e *devono* semplificare assai il formalismo procedurale.

Intanto quasi nessuno conosce l'art. 96 reg. com. e prov.:

« Chi concorre a posti vacanti in più comuni, ancorchè appartenenti a diverse provincie, deve presentare tante domande quanti sono i corrispondenti concorsi, unendo ad una sola di esse i documenti originali o le copie debitamente autenticate, e a ciascuna delle altre un elenco, redatto in carta bollata, da rilasciarsi dal sindaco, col visto del prefetto, in cui siano descritti specificatamente i documenti dell'aspirante ».

È evidente che questa disposizione, scritta per i segretari ed impiegati comunali, possa con criterio analogico applicarsi anche ai medici condotti.

Un' altra disposizione che i più ignorano è quella della legalizzazione dei certificati medici.

Con circolare 14 giugno, n. 15900, del Ministro dell'interno, si è stabilito che, allorchè anche la firma del sindaco deve essere legalizzata dal prefetto o sottoprefetto, in luogo di due legalizzazioni basta una sola, e cioè quella della sola autorità politica. Il sindaco non deve legalizzare la firma del medico, ma deve porre un semplice *visto* senza marca.

Altra disposizione che devesi tener presente riguarda il certificato di cittadinanza italiana per gl'italiani irredenti.

L'art. 3 testo unico, 22 novembre 1908, n. 693, dispone che gli italiani non regnicoli siano equiparati ai cittadini dello Stato agli effetti della nomina a qualsiasi impiego civile dello Stato. Ed il Cons. di Stato, Sez. Unite, 31 marzo 1905, su quesito del Ministero dell'interno, ha opinato non esservi ragione per escludere gl'irredenti dalla nomina a medici condotti.

Riguardo alla fedina penale è da tener presente che l'ineleggibilità cessa per l'amnistia, anche per le condanne riportate per i reati indicati nell'articolo 22 legge com. e prov. come ha deciso la Cassazione romana, Sez. Unite, il 29 novembre 1905. Naturalmente la ineleggibilità permane in caso d'indulto o di grazia e in caso di condanna condizionale, salvo il caso di riabilitazione.

Vi sono comuni che pretendono il certificato di sana costituzione fisica rilasciato dal proprio ufficiale sanitario, cosicchè per un concorso p. es. di Genova i medici palermitani dovrebbero per la visita medica percorrere quasi 1500 chilometri. Invece applicando largamente codesto formalismo burocratico la Commissione tecnica potrebbe ritener valido un certificato medico rilasciato da un collega qualsiasi con dichiarazione del concorrente che, se eletto, la nomina dovrà essere subordinata al riconoscimento della sua salute nel senso richiesto dal bando di concorso.

Il Cons. di Stato ha in varie riprese stabilito non doversi richiedere il diploma di laurea allorchè questo risulti in altro modo documentato; e il Ministero della pubbl. istruz., div. 3ª, il 21 novembre 1907, n. 14416, notificava al Ministero dell'interno che il certificato di segretaria comprovante la conseguita laurea ha agli effetti legali lo stesso valore del diploma originale.

Occorre dunque mettere in guardia le Commissioni contro una interpretazione troppo restrittiva delle disposizioni regolamentari.

Un documento non perfettamente regolare può essere completato e corretto da altro, anche dopo scaduti i termini prefissi pel concorso (*Cons. Stato, Sez. Int.* 23 *giugno* 1899). Qualora la nomina cada su uno dei concorrenti il quale, pur possedendo i requisiti prescritti, non aveva presentato in tempo utile che la sola domanda, non è il caso

di alcun provvedimento di ufficio da parte del Governo, quando consti che il nominato, alla scadenza del termine, era già in possesso di tutti i detti requisiti (*Cons. Stato, Sez. Int.*, 14 *dicembre* 1900). La omessa legalizzazione della firma dei certificati di rito non autorizza l'annullamento della nomina, e non viola la legge il Consiglio comunale che prima stabilisce di soprassedere alla nomina fino a che non fossero legalizzati i documenti, e dopo attuata tale legalizzazione conferisce la nomina (*Cons. Stato, Sez. Int.*, 2 *marzo* 1909, *n.* 355).

E giustamente la Direzione di sanità osserva: « Non è plausibile una severità eccessiva nella valutazione degli elementi formali degli atti prodotti a prova dei requisiti già posseduti prima della scadenza del termine, specialmente quando il bando di concorso non ne richieda la rigorosa osservanza con espressa comminatoria di decadenza ».

Concludendo: sono anche io per la riforma delle formalità procedurali del concorso, ma invece di richiederla solo agli alti poteri dello Stato domandiamola anche a noi stessi, ai nostri colleghi.

Allorchè i medici siedono quali membri delle Commissioni giudicatrici non devono mai dimenticare nell'applicazione dei regolamenti l'antico adagio: *cum grano salis*.

È questo il *porro unum* di ogni riforma.

CINGOLANI.

Le tariffe per le perizie giudiziarie.

Mio caro Cajus,

Gli articoli che tu scrivi nel *Policlinico*, sugli interessi professionali della nostra classe, sia per le verità che tu dici, sia per il modo come tu ti esprimi, attraggono periodicamente la mia attenzione, e con ansia mi accingo a leggere la suddetta rubrica, non appena apro il giornale, per riscontrarne il contenuto.

E spesse volte dovetti convenire in quello che tu scrivesti, anzi tante volte il tuo pensamento fu simile al mio, e meco stesso mi compiacqui che ci sia stata una persona come te, intelligente e buona, che la pensasse come io la pensavo.

Però permetti che, sull'articolo ultimo, riguardante le tariffe degli onorari per le perizie giudiziarie, io ti faccia una osservazione.

Quello che tu dici è vero: il nostro legislatore non si occupò mai di riformare la tariffa giudiziaria del 23 dicembre 1865, tariffa che il Filippi dichiarò vergogna della Giustizia italiana.

Nè, stai pur sicuro, se ne occuperà nel momento attuale. A ben altro deve provvedere!

Ci sono i bilanci della guerra e della marina, c'è l'indennità parlamentare ai deputati (per poco non abbiamo avuto un'indennità per i signori senatori), per cui non resta il tempo, nè il danaro per tornar sopra alle meschine ricompense che ci vengono attribuite, allorquando ci requisiscono per fare una perizia o un'autopsia.

E sì che al Parlamento si avvicendano dai venti ai trenta deputati medici la volta, ma costoro da quel posto, sia perchè hanno titoli accademici, che li salvaguardano dalle perizie giudiziarie mal retribuite, e quindi non sanno o non ricordano più tutte le seccature cui si va incontro, sia perchè sono abbastanza ricchi, per cui non possono vedere dall'alto del piedistallo su cui si trovano le nostre miserie, non sanno proporre riparo.

Siamo noi, caro *Cajus*, che dovremmo ribellarci a questo stato di cose, e la ribellione non dovrebbe consistere in ordini del giorno, in *memorandum*, in interviste: hanno fatto il loro tempo. Tutti i Congressi medici da venti anni in qua si sono chiusi con un ordine del giorno propugnante una modifica alla suddetta legge; quale il resultato? zero.

Si è scritto e si scrive sui giornali di classe richiedendo un miglior trattamento per l'opera prestata dal medico legale: e i nostri legislatori fanno finta di non sentire e di non capire. Certamente se così la dura, avverrà che i nostri figli, e quindi anche i nostri nepoti (se ci sarà qualcuno che avrà la grande debolezza di studiar medicina) dovranno subire la tariffa giudiziaria del 23 dicembre 1865. Io non faccio proposta alcuna, ma ripeto quello che altri, forse prima di me, avrà detto. Si è parlato di sciopero dei medici condotti, allorquando il compenso fosse inferiore a giustizia. Questo potrebbe risuonare inumano all'orecchio di tutti. Ma non credo che si commetterebbe atto disumano, se ciò si facesse nei riguardi della giustizia penale. Faccia il medico il referto, aiuti così, come ogni buon cittadino, e in quel primo momento, la giustizia punitiva; ma questa, che poi in fondo è un mito, non deve pretendere dippiù.

Ci sono, è vero, gli articoli 210 e 435 del Codice penale, ma non potrebbero avere un'applicazione pratica se tutta la massa dei medici dovesse venire colpita. Vorrei sapere come si regolerebbe quel pretore o quel giudice che, avendo requisito tutti i medici del proprio territorio e di quello limitrofo, ne ricevesse un rifiuto. Li metterebbe tutti dentro? E gli ammalati, in cura di chi resterebbero? Oh! caro *Cajus*, tu non otterrai mai niente dai nostri governanti, sia cogli ordini del giorno, sia coi memoriali. Bisogna mostrare i denti. E sì che noi l'avremmo se voles-

simo e sapessimo usarne. Ma che vuoi? non tutti la pensiamo ad un modo ed è difficile che l'accordo sincero regni in mezzo a noi. In fondo in fondo noi siamo i nemici veri di noi medesimi. Se credi che io abbia detto qualche verità e che quello che penso possa essere eseguito, fanne un cenno nel tuo articolo settimanale; se a te invece pare che abbia scritto delle corbellerie, fai conto di non aver ricevuto la mia lettera, e tienimi per iscusato.

Abbiti tanti cordiali saluti.

Tuo
Dott. BENIAMINO MACRÌ.

Siderno Marina, 4 maggio 1913.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici di Roma. — Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma, nell'adunanza del 3 maggio, ha preso alcune iniziative che avranno una grande importanza per la moralizzazione dell'esercizio professionale della capitale. Ha nominato una *Commissione di vigilanza sugli ambulatori medico-chirurgici privati*, presieduta dal presidente dell'Ordine, dott. Ballerini, e composta dei dottori Calò, Fraschetti, Lazzè, Montesano Vincenzo, Palomba e Punzi; ed una seconda *Commissione per la vigilanza sulla pubblicità medica nei giornali politici*, presiedeta dal consigliere-segretario dott. Garofalo e composta della dottoressa Sandesky e dei dottori Della Seta Eschilo, Marchi, Matteuzzi, Orsi, Pontano, Sforza.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3794) *Circoscrizione delle condotte.* — Il Dott. G. D. N. da M. D. C. chiede conoscere se è possibile esigere dal Comune che addivenga alla ripartizione del territorio fra i due medici condotti del Comune.

Effettivamente la promiscuità della prestazione nuoce al buon andamento del servizio e nuoce anche ai sanitarii perchè possono essere ingiustamente gravati da maggior lavoro, vuoi per bontà di animo ed amorevolezza, vuoi per segnalato valore scientifico ed abilità professionale. Ad ovviare tale inconveniente, l'articolo 22 del regolamento 19 luglio 1906 ha stabilito in massima che le singole condotte debbono essere ripartite nel territorio comunale e ne ha affidato il còmpito al Consiglio comunale coll'approvazione del Consiglio provinciale di sanità. Qualora il Consiglio comunale non compia tale dovere può essere provocata l'azione di ufficio da parte della G. P. A. trattandosi di una operazione resa obbligatoria dalla legge.

(3796) *Stipendi - Interpretazione di capitolato.* — Il Dott. A. C. da T. D. S. M. chiede conoscere se avendo la G. P. A. approvato un capitolato di ufficio in cui nello stabilire lo stipendio dei sanitarii si dice: *a norma delle disposizioni stabilite dal C. S. P. nelle tornate del* 13 *e* 17 *febbraio* 1908 si debbano intendere come netti i detti stipendi essendo appunto stati dichiarati tali nelle suindicate adunanze del Consiglio tecnico della Provincia.

Il Consiglio provinciale sanitario emette pareri ma non dà precetti esecutivi. I pareri del detto Consesso diventano imperativi quando sono trasfusi in ordinanze dell'autorità tutoria. Non avendo la G. P. A. accennato nell'articolo 9 del capitolato al fatto della esenzione da ogni tassa o ritenuta, Ella deve pagare la R. M. Qualora per effetto di tale pagamento il compenso risultasse inadeguato al lavoro che è obbligato di sostenere, potrebbe chiedere adeguato aumento di stipendio alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del testo unico.

(3797) *Interino - Nomina.* — Al dott. A. A. da *F.* rispondiamo che il medico che supplisce il condottato durante il congedo può essere nominato senza il concorso e ciò in vista della di lui posizione essenzialmente temporanea e precaria.

(3798) *Obblighi di servizio - Speciali richieste.* — Il dott. P. A. da R. desidera conoscere cosa debba intendersi per la locuzione: *speciali richieste* contenuta nel proprio capitolato a proposito dei casi in cui il medico condotto è tenuto a prestare la propria opera anche nell'altra sezione della condotta.

Se le speciali richieste dovessero o potessero essere fatte dai clienti a nulla varrebbe la esistente circoscrizione delle condotte perchè questa potrebbe essere ad ogni momento violata da coloro che avessero interesse ad essere curati da un medico piuttosto che dall'altro. La locuzione usata deve, secondo noi, essere intesa nel senso di richiesta che fosse fatta al medico da parte del sindaco o dal collega per consulto in casi straordinari od urgenti.

(3799) *Pensioni - Restituzione di contributi.* — Il Dott. R. T. da R. desidera conoscere se, essendo entrato a far parte del personale sanitario delle ferrovie di Stato possa riscattare le quote versate alla Cassa durante il servizio ospitaliero precedentemente prestato.

Le quote versate come contributo alla Cassa di previdenza non si possono più per qualsivoglia ragione, ripetere. Essendo Ella, però, passata a servizio dello Stato, qualora avesse prestato presso l'ospedale non meno di dieci anni di servizio, potrebbe ottenere l'indennità di cui all'articolo 14 della legge, consistente nei due terzi della pen-

sione che, per eguale periodo di tempo, Le sarebbe spettata.

(3800) *Sospensione - Contestazione degli addebiti.* — Il Dott. A. B. da F. U. espone che fu sospeso dal sindaco per un mese con decreto del 17 maggio 1911 in virtù dell'articolo 149 della legge comunale, che con lettera dell'11 giugno stesso anno fu invitato a produrre le sue discolpe entro cinque giorni e che il Consiglio comunale in seduta del 23 giugno stesso anno confermò il decreto di sospensione emesso dal sindaco con voti 7 favorevoli e 6 contrari. Chiede conoscere se la procedura seguita sia legale di fronte allo articolo 19 del capitolato, il quale dà diritto al sanitario di presentare le sue ragioni *prima* che sia preso a di lui carico qualsiasi provvedimento e di fronte all'articolo 99 del regolamento comunale secondo cui ogni provvedimento disciplinare deve essere iniziato con la comunicazione degli addebiti.

La sospensione inflitta dal sindaco a' sensi dell'articolo 149 della legge comunale non ha carattere punitivo ma semplicemente preventivo. Essa diventa punizione vera e propria quando il decreto sindacale viene ratificato dal Consiglio comunale, che è solo competente ad infliggerla in conformità di quanto è disposto dall'articolo 126, n. 2, della stessa legge. La contestazione degli addebiti, che deve necessariamente precedere la applicazione della punizione non si fa, quindi, prima del decreto del sindaco, ma prima della pronunzia del Consiglio comunale, così come fu praticato da codesta Amministrazione municipale. E ciò non è in contraddizione al disposto dell'articolo 99 del regolamento comunale e 19 del capitolato giacchè tanto l'uno che l'altro riflettono l'applicazione di provvedimenti essenzialmente punitivi di immediata esecuzione. Se vi fu riduzione nel termine assegnato per le discolpe essa restò sanata *re ipsa* dalla effettiva presentazione delle medesime in tempo utile all'autorità competente. Per tali considerazioni non sapremmo consigliarla ad impugnare la decisione della G. P. A. in esame.

(3801) *Ufficiale sanitario - Iscrizione Cassa previdenza.* — Il Dott. S. F. da A. chiede conoscere se avendo ricevuto l'incarico provvisorio di ufficiale sanitario sia tenuto alla iscrizione alla Cassa di previdenza.

Nelle attuali condizioni l'ufficiale sanitario non ha obbligo di iscriversi alla Cassa di previdenza perchè egli non è ora regolarmente nominato mancando il Concorso.

(3802) *Ricchezza mobile.* — Al Dott. F. S. B. da F. che ci interpella per conoscere se egli come medico interino sia obbligato a pagare la R. M. rispondiamo che vi è obbligato, come tutti coloro che percepiscono, anche temporaneamente, stipendio od assegno dalle Amministrazioni municipali.

(3803) *Congedo.* — Al Dott. E. L. da M. che ci interpella per conoscere se sieno cumulabili i mesi di congedo, in modo da poter usufruire in un solo anno due mesi di licenza in considerazione del mese perduto nell'anno precedente, rispondiamo negativamente.

(3804) *Stabilità.* — Il Dott. N. P. P. da B. desidera conoscere quando egli acquista la stabilità.

L'atto del sindaco fu essenzialmente nullo e quindi, improduttivo di effetti. Il tempo utile comincia per Lei dalla data della deliberazione con cui codesta Giunta comunale la nominava medico condotto con i poteri del Consiglio a' termini dell'articolo 136 della legge. Diventerà poi virtualmente stabile tre mesi prima che si compia il biennio a decorrere dalla data della suindicata deliberazione di Giunta.

(3806) *Stipendio - Aumento di ufficio.* — Il Dott. S. L. da D. chiede conoscere se esista mezzo legale per obbligare un Consorzio sanitario ad aumentare lo stipendio del proprro condottato. Fa notare che già uno dei Comuni consorziati, il più grande, ha deliberato congruo aumento mentre l'altro mantiensi negativo.

Lo stipendio del medico consorziale è stabilito nella convenzione regolatrice. Per aumentarne l'ammontare occorre modificare detta convenzione. L'autorità competente a ciò fare è il Prefetto della Provincia, il quale provvede con apposito decreto, udita la rappresentanza consorziale, la Giunta Provinciale Amministrativa ed il Consiglio provinciale di sanità. Fino a tanto che non intervenga il decreto prefettizio di cui sopra, non può Ella percepire neanche l'aumento assegnatole dal Comune maggiore,

(3807) *Indennità trasferta all'ufficiale sanitario - Ricorsi contro provvedimenti prefettizii.* — Il Dott. L. A. da C. chiede conoscere se e quali indennità competono all'ufficiale sanitario che si reca in Prefettura per ragione di servizio, e se contro il decreto del Prefetto con cui si addossa ad un Comune l'onere della somministrazione dei medicinali ai poveri vi sia ricorso e quale.

Noi riteniamo che sempre quando l'ufficiale sanitario si rechi in Prefettura per espresso invito ricevutone dal Prefetto abbia diritto al pagamento, a carico del Comune, delle indennità previste dall'articolo 86 del regolamento sanitario.

Contro il decreto del Prefetto emesso ai sensi del capoverso dell'articolo 63 del regolamento sanitario per derimere controversie relative alla sussistenza ed estensione dell'obbligo della somministrazione gratuita de' medicinali non è ammesso ricorso in linea gerarchica, perchè detto

decreto costituisce un provvedimento definitivo. Può solo essere impugnato per legittimità, cioè, per eccesso di potere, violazione di legge od incompetenza, o con ricorso straordinario a S. M. il Re o con ricorso alle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Con recenti provvedimenti sono state disposte, a decorrere dal 1° maggio, le seguenti variazioni nel personale della Sanità pubblica:

Angeletti dott. Nazzareno e Nicolais dott. Alessio, segretari medici, nominati medici provinciali aggiunti e promossi alla prima classe.

Tommasi-Crudeli dott. Corrado, Ragazzi dottor Carlo, Garofani dott. Giulio, Sinisi dott. Donato, Grimani dott. Enrico e Fusco dott. Gennaro promossi a medico provinciale aggiunto di prima classe.

Consoli dott. Nicolò, Franchetti dott. Augusto, De Marchi dott. Alberto, Missiroli dott. Alberto, Leone dott. Edoardo, Cremonese dott. Guido, Pasero dott. Costantino, Pugliese dott. Alessandro, Pellegrino dott. Michele, Calamida dott. Enrico, Giraldi dott. Enea e Quarta dott. Vincenzo promossi a medico provinciale aggiunto di seconda classe.

Gilardino dott. Pietro nominato segretario medico di prima classe e Cesari dott. Luigi segretario medico di seconda classe.

Tiralli dott. Mario, Amalfitano dott. Giuseppe, Cavina dott. Ottorino, Cocchia dott. Cesare, Frongia dott. Ermenegildo, Giampalmo dott. Giuseppe, Poeti-Marentini dott. Mario, Pierotti dottor Antonio, Boffa dott. Giovanni, Polese dottor Francesco, Talotta dott. Domenico, De Lillo dott. Giuseppe promossi a medico provinciale aggiunto di terza classe.

Civetta dott. Igino, Rosa dott. Donatantonio, Trincas dott. Lazzaro, Angelillo dott. Francesco, Fuschi dott. Giovanni, Caporali dott. Mario, Barba dott. Stefano, Caleca dott. Pietro, Ponnella dott. Michele, Vizioli dott. Biagio, Cavacini dott. Vincenzo, Monti dott. Giuseppe, Cantamessa dott. Ferdinando, Santelmo dott. Callisto, Giglio dott. Corrado, Manari dott. Carlo, Tecce dott. Nicola, D'Aloia dott. Nicola, Forrara dottor Vincenzo, Migliori dott. Domenico, Besta dott. Italo promossi a medico provinciale aggiunto di quarta classe.

NAPOLI. — Il prof. Petrone Giuseppe Antonio è incaricato della clinica pediatrica.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Poito Giuseppe in patologia medica; Iacolla Giulio in terapia fisica.

PARMA. — Il dott. Lasagna Francesco è autorizzato a trasferire da Torino a Parma la libera docenza in oto-rino-laringoiatria.

ROMA. — Il dott. Franchini Giuseppe è abilitato alla libera docenza in patologia esotica.

La dott. Magistrelli-Sprega Carolina è incaricata della supplenza in igiene e antropologia nel R. Istituto Superiore di Magistero Femminile.

Condotte e Concorsi.

ALBAREDO D'ADIGE (*Verona*). — Condotta 2° riparto; L. 3600 aument. Ab. 2100. Scadenza 15 maggio.

ARMUNGIA (*Cagliari*). — Condotta consorziale con Ballao; L. 3000 nette. Scad. 14 maggio.

ATTIMIS (*Udine*). — Condotta pei poveri; L. 4000 lorde e 3 sessenni, comprese L. 200 quale uff. san. Scad. 15 maggio.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — 4ª condotta pei poveri; L. 2500 lorde, 4 sessenni e L. 300 pel mezzo trasporto. Scad. 31 maggio.

* BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte: L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

BUDDUSÒ (*Sassari*). — Seconda condotta pei poveri; L. 2000 nette R. M. Scad. 15 maggio.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto. Vedi fasc. 15.

* CAMUGNANO (*Bologna*). — Condotta piena per Bargi; L. 4500 lorde, aument.; obbl. cav. Abit. 2411. Età 21 ai 40 anni, s. e. r. Scad. 20 maggio.

CAROSINO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e L. 200 se uff. sanit. Non più di 40 anni s. e. r. Scad. 17 maggio.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Due condotte piene; L. 3000 lorde, L. 700 per obbl. cav. e L. 0.50 per visita oltre 1 km. dalla residenza. Proroga a tutto il 17 maggio.

CAVALLINO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3200 compreso uff. san.; ab. 2000 circa. Scad. 15 maggio.

CUREGGIO (*Novara*). — Condotta: ab. 2117; L. 2000 per 1300 poveri incirca, L. 1200 per gli abbienti; L. 200 quale uff. san. Aumento di L. 600 nel corso del biennio 1914-15 e tre sessenni, in corso d'approvaz. Scad. 22 maggio.

* DESULO (*Cagliari*). — Condotta per la generalità; L. 5000 nette e L. 200 per arm. farm. Scad. 31 maggio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto per il turno otorinolaringoiatrico; nomina biennale, conferma biennale. Si richiede biennio di servizio effettivo in ospedali o cliniche. L. 1800 con ritenuta di R. M. Due medici chirurgi assistenti; L. 1200 lorde di R. M. Scad. ore 17 del 20 maggio.

FOMBIO (*Milano*). — L. 4000 nette, cura piena, tre sessenni, L. 200 alloggio, senza obbligo cavallo, in pianura, ab. 2130, capitolato modello. Scade 15 maggio.

FRAGAGNANO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3000, compresovi compenso uff. san. Ab. 3400 circa. Scad. 21 maggio.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3400 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 come uff. san., lorde, tre sessenni. Scad. 20 mag.

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

NAPOLI. *R. Università*. — Concorso per esame al posto di assistente della clin. ostetrica (legato Tarsitani. L. 600 annue per un biennio, salvo altra conferma biennale). Rivolgersi al Rettore. Scad. 15 maggio.

PERLEDO (*Como*). — Condotta; L. 3250 lorde e stipendio di uff. san. Scad. 20 maggio.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PESCIA (*Lucca*). *Spedale SS. Cosimo e Damiano*. — Assistente medico chirurgo; L. 1200 annue vitto e alloggio nei giorni di guardia. Durata in carica due anni. Documenti al presidente dell'amministrazione ospedaliera entro il mese di maggio. Il prescelto entrerà in carica il 15 giugno venturo.

POLA. — È aperto il concorso a un posto di medico (IV) per la Cassa ammalati del personale di stato civile dell'i. r Marina a Pola. Emolumento iniziale 5760 cor. Le domande vanno dirette entro il 31 maggio a. c. alla cancelleria della predetta Cassa, Pola, Via Campo Marzio, 31. Allegati: oltre al diploma, cittadinanza austriaca, idoneità fisica, conoscenza delle lingue italiana, tedesca e croata.

POLVERIGI (*Ancona*). - Condotta; L. 4000, senza spesa cavalc. e casa. Scad. 20 maggio.

PRALUNGO (*Novara*). — Condotta e uff. san.; L. 1200 per 18 poveri circa e L. 100 quale uff. san. Scad. 15 maggio.

RAGOGNA (*Udine*). — Condotta libera pei poveri L. 3500 lorde e 2 quinquenni del decimo; L. 80 pel cavallo; L. 200 quale uff. san. finchè durerà tale incarico. Ab. 6008 circa. Scad. 20 maggio.

REGGIO NELL'EMILIA. *Municipio*. — Direttore del Laboratorio Municipale di Batteriologia; L. 3600 lorde e quattro quinquenni. Nomina biennale. Scad. 20 maggio.

ROBBIATE BRIANZA (*Como*). — Condotta con Verderio Superiore; L. 3150, L. 100 quale uff. sanit. e L. 50 per bicicletta; residenza in Verderio. Scad. 15 maggio.

ROMA. *Amministrazione Provinciale*. Tre medici assistenti nel manicomio di S. Maria della Pietà (Istituto di Roma o succursale di Ceccano); L. 2300, vitto alloggio personale; nomina biennale, conferme. Età 25-40 anni. Docum. alla segreteria della Provincia non oltre il 31 maggio.

ROMA *Ministero dell'Interno*. — Esami d'idoneità per autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Avranno luogo a Roma, nel mese di luglio, nei giorni, nelle località e nelle ore che saranno stabilite con successivo provvedimento e che verranno individualmente comunicate a ciascuno degli ammessi agli esami. Rivolgersi alla Direzione Gen. della Sanità pubblica. Scad. 31 mag.

ROVERBELLA (*Mantova*). — 1° riparto, L. 3000 pei poveri, 3 sessenni, L. 150 uff. san., ab. 2200. Scad. 15 maggio.

SAMPEYRE (*Cuneo*). — Prima condotta; L. 1800 (in corso d'approvazione) lorde e 4 sessenni; poveri 400 circa. Ab. 5767. Scad. 30 maggio.

* SERRAVALLE PISTOIESE (*Firenze*). — Condotta di Casal Guidi pei poveri: L. 2200 aument. di anno in anno fino a L. 2500 lorde e L. 500 per obbl. cavalc., non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 30 maggio.

* SERRUNGARINA (*Pesaro Urbino*). — Condotta piena; L. 3200 lorde aument., L. 100 quale uff. sanit., L. 700 per cavalc., L. 200 per arm. farm. e L. 50 per assicurazione; alloggio. Ab. 2551. Scad. 15 maggio.

* TEOR (*Udine*). — Condotta; L. 3600 e L. 100 quale uff. san. Scad. 18 maggio.

** TRESIVIO (*Sondrio*). — Condotta e mansioni uff. san., con Pendolasco; L. 4000 complessive; tre sessenni. Proroga al 20 maggio.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza*. – Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

UDINE. *Deputazione provinciale*. — Medico di riparto del manicomio; L. 2000; alloggio, vitto, ecc. o indennità di L. 600; aumentabili per sessenni o per passaggio di classe fino a L. 2530. Scad. 15 maggio.

VALLE AGRICOLA (*Caserta*). — Condotta per la generalità e uff. san.; L. 2700 lorde: ab. 1014. Scad. 24 maggio.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000. Assunzione del servizio entro 15 giorni. Scad. 31 maggio.

VOLTIDO (*Cremona*). — Condotta; L. 3000 nette e 3 sessenni; L. 100 quale uff. san. Proroga al 15 maggio.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazion Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Cameri e Arizzano (Novara), Costa, Volpino, Brembilla, Ponte S. Pietro-Cuomo-Mozzo-Locate-Brembate Sopra (Bergamo), Robbiate Brianza (Como), Spinadesco (Cremona).

La Sezione Valdarnera dell'A. N. M. C. riconfermando la diffida del Comune di Reggello per la frazione Viaggio diffida per le identiche ragioni la condotta della frazione Donnini.

La Sezione di Vicenza mette in guardia i colleghi perchè non concorrano alla condotta diffidata di Recoaro. La condotta d'inverno è disastrosissima, e di estate è invasa da medici specialisti e di grido.

La Sezione Fiorentina mette in guardia i concorrenti alla condotta del comune di Fiorenzuola fino a che non siano terminate le pratiche iniziate con quel Comune per migliorarne le condizioni.

Revoca di diffide: Camisano, Sandrigo Calvene e Asiago (Vicenza), Fietrafitta (Cosenza), Vigolzone (Piacenza).

La Sezione di Lucca toglie il boicottaggio alle due condotte vacanti nel comune di Borgo a Mazzano.

La Sezione Tosco Romagnola revoca la diffida al comune di S. Pietro in Bagno per composta vertenza in seguito a deliberazione arbitrale.

LETTERE DA PARIGI

Toracentesi con contemporanea introduzione di azoto nella cavità pleurale. — Il dott. Vaquez, distinto primario degli ospedali di Parigi e il più rinomato specialista di Francia per le malattie del cuore e dell'aorta, ha tenuto una lezione clinica cui assisteva il decano degli studenti di medicina, che è pure il decano dei professori, Guido Baccelli.

Il dott. Vaquez ha mostrato come sia utile di iniettare del gas nella cavità pleurale al momento di praticare la toracentesi. Uno degli inconvenienti della toracentesi consiste appunto, come è noto, nella rapida decompressione del polmone, annunziata dalla tosse secca e caratteristica dell'infermo, e che consiglia di sospendere l'operazione in simili casi.

Il dott. Vaquez, riprendendo le idee emesse dal suo maestro Potain, suole invece in tali casi sospendere momentaneamente l'aspirazione e, senza ritirare la cannula, ma semplicemente chiudendo la comunicazione coll'aspiratore e aprendo la comunicazione con un recipiente contenente azoto, iniettare nella cavità pleurale dell'azoto, nella quantità di un terzo circa del volume del liquido estratto, tenendo conto della legge della dilatabilità dei gas. L'azoto è semplicemente spinto nella cavità a mezzo della pressione esercitata dal liquido di un altro vaso comunicante con quello che lo contiene e che si solleva per il tempo necessario al passaggio della quantità di gas desiderata. Il gas filtra attraverso ovatta e il liquido che lo spinge è acqua fenicata nella quale è stato fatto gorgogliare al momento di raccoglierlo. Vaquez preferisce l'azoto all'ossigeno perchè questo ultimo gas è troppo rapidamente riassorbito.

Come si vede questo metodo non è che un utilizzazione del sistema Forlanini.

Il dott. Vaquez ha applicato il metodo ad un malato durante il corso della sua lezione con buoni risultati, e prima di terminare ha voluto rendere omaggio al nostro grande clinico, che ha arricchito la semeiotica di uno dei presidi più utili prima che la puntura esplorativa permettesse di operare altrimenti; ha conchiuso dicendosi onorato della visita dell'illustre scienziato « *dont le nom se rencontre à chaque tournant de la route du progrès de la médècine* ».

Il segreto professionale del medico. — Una questione delicata è stata giudicata dal tribunale civile della Senna. Si trattava di decidere se un medico può rivelare d'aver curato una determinata persona per una malattia specificata, quando il carattere della infermità è perfettamente confessabile: in altri termini si chiedeva se il segreto professionale esiste soltanto per alcune malattie.

Il Tribunale definì nella motivazione della sentenza il carattere del segreto professionale del medico.

« Atteso che il segreto, salvo i casi limitatamente designati dalla legge per uno scopo di interesse generale e di igiene pubblica, deve essere conservato strettamente e religiosamente qualunque sia la natura della malattia per la quale il medico è stato chiamato a prestare la sua opera; che non si comprenderebbe come il medico potesse arbitrariamente considerare come rivelabili alcune malattie mentre altre, secondo lui, dovrebbero continuare a essere tenute nascoste; che tale distinzione egli non può fare perchè una malattia giudicata benigna e inoffensiva può trasformarsi in un'affezione grave e avente delle ripercussioni inattese; che il medico non può dunque farsi giudice dell'opportunità di una rivelazione che può avere per la persona che ne è vittima delle conseguenze dolorose; che è necessario tanto dal punto di vista della dignità del medico che da quello dei suoi clienti che il segreto il più rigoroso sia conservato sulla natura della malattia e sulle circostanze che hanno accompagnato le sue visite mediche... ».

Per tali motivi il Tribunale ha condannato il medico a versare al cliente che lo aveva citato per violazione di segreto professionale, la somma di *una lira* per danni e interessi.

Gli studi secondari in rapporto all'insegnamento della medicina. — In seguito a una disposizione di legge sull'insegnamento secondario emessa in Francia nei decreti 22 luglio e 31 marzo 1902 tutti gli studenti possono entrare in qualunque facoltà purchè siano muniti di una licenza unica (*baccalauréat*) sia che essi abbiano seguito gli studi classici che gli studi tecnici.

Questa riforma ha sollevato le più ardenti proteste sopratutto per quel che concerne gli studi medici, sembrando a molti che lo studio delle lingue antiche e della filosofia sia indispensabile per formare dei buoni medici.

La Commissione parlamentare dell'insegnamento si è decisa a intraprendere un'inchiesta sulla riforma in questione. I suoi membri hanno ricevuto in questi giorni una memoria a stampa firmata dal professore Grasset della facoltà di medicina di Montpellier, uno dei più distinti cultori della scienza francese, il quale è tra i più strenui combattenti contro la riforma. Nella sua memoria il prof. Grasset ricorda gli avvisi motivati dati in cinque occasioni differenti dal corpo medico francese che considera come nefasta per l'insegna-

mento delle medicine la su menzionata disposizione.

La Commissione er la riorganizzazione degli studi medici in Francia, nominata con decreto ministeriale del 4 marzo 1907 ha detto esplicitamente « che lo studente di medicina deve avere una educazione intellettuale letteraria e filosofica a causa della natura stessa dei suoi studi e della sua futura professione, che ha bisogno anzitutto d'un livello morale assai elevato ».

Il Comitato dell'Associazione corporativa degli studenti di medicina ha votato il 26 maggio 1911 un ordine del giorno in cui, considerando che gli studi classici costituiscono una preparazione agli studi medici ben superiore a quella che ricevono oggi molti giovani che seguono tali studi e che il disprezzo del classicismo dà un educazione di livello intellettuale insufficiente per il medico, si duole che gli studi classici non siano il preludio indispensabile degli studi medici.

Il 30 giugno 1911, 21 società mediche francesi riunite in assemblea generale hanno emesso il voto che sia ripristinato l'obbligo degli studi classici per i futuri medici poichè lo studio classico « contribuisce grandemente a dare al medico l'elevatezza di spirito, di sentimento e di carattere altrettanto indispensabili alla sua missione morale e sociale quanto l'insegnamento scientifico ».

L'Associazione generale dei medici francesi nella sua assemblea del 28 aprile 1912, considera che lo studio delle lingue antiche è necessario alla cultura intellettuale del futuro medico e fa voti che la Commissione superiore dell'insegnamento medico renda di nuovo obbligatoria per gli studenti di medicina la coltura classica.

Infine la Commissione superiore degli studi di medicina ha espresso il suo desiderio di veder modificata la disposizione di legge, nel senso di rendere obbligatori gli studi classici per entrare alla facoltà di medicina.

Tutti questi voti costituiscono, secondo il professor Grasset, una risposta importante alla domanda della Commissione parlamentare.

Le ferite di guerra durante la campagna di Tracia. — Martedì scorso l'Accademia di medicina ha trattato ancora la questione della chirurgia di guerra a proposito della recente guerra balcanica. Dato l'interessamento del nostro benemerito corpo sanitario militare per il *Policlinico* mi sembra non inutile di riassumere in qualche riga la comunicazione del generale Delorme, specialmente dopo l'eccellente articolo del generale Imbriaco apparso nell'ultimo numero del nostro giornale, e che è stato molto apprezzato nell'ambiente sanitario militare francese.

Durante la campagna di Tracia, dice il Delorme, le ferite d'arma bianca di cavalleria sono state eccezionali mentre non ci fu battaglia in cui non siano state portate delle ferite da baionetta prodotte con tanta abbondanza come non si è mai visto nelle guerre precedenti.

Ma non è di tali ferite che vuole occuparsi il prof. Delorme. È piuttosto di quelle di fucile.

I corrispondenti di guerra assistendo all'evacuazione di colonne di feriti leggeri a prossimità del campo di battaglia hanno ricevuto l'impressione e scritto che le ferite prodotte dai fucili bulgari e turchi erano semplici e benigne.

Il prof. Delorme insiste invece sul fatto che alle distanze piccole e medie il tiro dei proiettili moderni può avere effetti esplosivi e produrre delle ferite gravissime.

Secondo testimoni oculari il fuoco dei Bulgari era diretto con precisione. Alle grandi distanze solo i tiratori scelti potevano tirare qualche cartuccia, le masse non cominciavano il fuoco che sotto i cinquecento metri, mentre i Turchi hanno abusato in principio del tiro a grande distanza.

Quanto al tiro delle artiglierie, il prof. Delorme osserva che nel caso degli shrapnels le pallottole contenute nell'involucro, pallottole di piombo rotonde, hanno una forza di penetrazione e una velocità assai minori di quelle dei fucili. I soldati nelle trincee udendo lo scoppio del proiettile si coprivano la testa con il badile o con una manata di terra e riuscivano così sovente a ripararsi dalle ferite. Tali proiettili sono dunque assai meno vulneranti di quelli del fucile come ha dimostrato l'esperienza. Però la palla di piombo dello shrapnel ha tendenza a trasportare nelle ferite brandelli di vestito e materie settiche che producono soventi infezioni delle ferite. Le ferite prodotte dagli shrapnels sono quindi uguali a quelle descritte dagli antichi chirurgi militari al tempo dei fucili a canna liscia e palle di piombo. Il 49% delle ferite sono delle contusioni, poi vengono le penetrazioni e le perforazioni assai meno numerose, ma il carattere dominante del traumatismo è l'assenza di lesioni esplosive e la presenza frequente del proiettile nella ferita.

Quanto alle granate, impiegate a distruggere ostacoli resistenti e per il tiro contro truppe coperte, esse si dividono in grossi frammenti che mentre producono effetti terribili colpendo in pieno, a soli venti metri dal punto di scoppio non mettono più fuori combattimento un individuo. Tuttavia mancano ancora delle notizie precise sull'azione vulnerante di questi proiettili nell'ultima guerra.

Parigi, 27 aprile 1913.

DOTT. GOD.

CULTURA SUPERIORE.

Il progetto di legge per la libera docenza

consta di 8 articoli, e stabilisce quanto segue:

L'abilitazione alla libera docenza è concessa per una determinata disciplina a chi abbia ottenuta la laurea da non meno di quattro anni e dia prova di attitudine scientifica e di cultura profonda nella disciplina che si propone di insegnare, con titoli integrati da una conferenza intorno ai titoli stessi, e da prove didattiche e sperimentali.

La Commissione però potrà dispensare dalla prova pratica quegli aspiranti la cui attitudine didattica giudicasse altrimenti accertata.

Colui che riesce classificato nella terna di un concorso per straordinario o ordinario ha diritto al titolo di libero docente per la materia messa a concorso.

La Commissione giudicatrice è nominata colle stesse norme di quelle dei concorsi per professori straordinari e ordinari: quattro dei commissari apparterranno all'insegnamento ufficiale e uno di questi sarà di materia affine a quella per la quale è chiesta la docenza; il quinto sarà un libero docente, effettivamente insegnante e possibilmente della materia, e nominato dalla assemblea dei liberi docenti delle Facoltà o Scuole a cui appartiene l'insegnamento.

La Commissione conserva l'ufficio per due anni e giudica tutti i candidati che nel biennio hanno chiesto la libera docenza nella stessa materia. Essa viene convocata soltanto nei mesi di settembre e di ottobre.

Gli atti della Commissione sono sottoposti per l'approvazione all'esame del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

La libera docenza è conferita per decreto reale, e può essere esercitata in qualsiasi Università o Istituto superiore dove si insegna la materia per la quale si è ottenuta.

Il libero docente dovrà chiedere di essere ammesso ad una determinata Università o ad altro determinato Istituto di istruzione superiore, nè potrà insegnarvi se non dopo ottenuto l'assenso del Consiglio dei professori della Facoltà o Scuola.

Egli potrà esercitare solo in una Università o un Istituto, nè potrà trasferirsi dall'una all'altra senza aver ottenuto il consenso sopraddetto. L'autorizzazione ad insegnare a titolo privato può essere concessa anche per corsi non professati a titolo pubblico. Ma in tal caso occorre il parere del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Il programma del corso del libero docente deve essere approvato anno per anno dal Consiglio superiore della pubblica istruzione, e le lezioni impartite non devono essere meno di cinquanta. Al libero docente spetta, per ciascuno studente iscritto al suo corso, una quota annua di quattro lire ogni ora settimanale di lezione e per non meno di cinquanta lezioni. La Facoltà deve determinare anno per anno il massimo delle iscrizioni ai corsi di liberi docenti che lo studente può prendere; e questo numero non deve essere mai tale che le quote per essi dovute all'insegnante privato superino i tre quinti delle tasse di iscrizione pagate dallo studente per quell'anno.

Per ottenere il decreto di abilitazione è obbligatorio il pagamento della tassa di lire 250; per ottenere l'ammissione in una Università o Istituto superiore la tassa è di lire 100.

NOTIZIE DIVERSE

IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro [malattie professionali] (Roma 8-11 giugno 1913).

Si è riunito all'Università di Roma il Comitato esecutivo del IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro. Intervennero tutti i membri della Presidenza: proff. Tamburini, Rossoni, Rossi Doria, Forlì, dottori Ranelletti, Leuzzi, e del Comitato il prof. Ottolenghi, l'on. Casciani, il comm. Rossi pel Commissariato dell'Emigrazione, l'avv. Bargoni per la Cassa Nazionale Infortuni, e altri.

L'assemblea, dopo le comunicazioni del presidente prof. Tamburini, la relazione del segretario dott. Ranelletti e alcune notizie del cassiere prof Forlì sullo stato del bilancio, ha approvato con piena soddisfazione l'opera della Presidenza e nominato un Comitato dei festeggiamenti.

Hanno finora accordato sussidî il Ministero dell'Interno, di Agricoltura, Industria e Commercio, della Pubblica Istruzione, fra gli Enti notevoli quelli della Cassa Nazionale di Previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai.

Varie agevolazioni saranno concesse ai Congressisti.

Riportiamo un nuovo elenco di comunicazioni annunciate all'Ufficio di segreteria sino al 21 aprile:

« Sulle malattie dei ferrovieri ». E. d'Anna (Roma).

« Patologia del lavoro delle impagliatrici di Roma ». G. Genovesi (Roma).

« Il volume del cuore durante e dopo il lavoro muscolare ». N. Nissim (Clinica medica di Pisa).

1° « Risultati della inchiesta sull'impiego della biacca in Milano »; 2° « Grave dermatite da parafenilendiammina nei pelliciai »; 3° « Rilievi sulla mortalità dei genitori nella classe lavoratrice ». Carozzi (Clinica del lavoro, Milano).

1° « Intorno all'origine dell'indacanuria da timolo »; 2° « La fisiopatologia dei fenomeni gastrointestinali nel saturnismo »; 3° « Per lo studio delle alterazioni funzionali cardiovascolari nel saturnismo e per la interpretazione del loro meccanismo fisiogenetico »; 4° « Per una legislazione italiana contro l'intossicazione professionale dal piombo ». P. D. Siccardi (Padova).

« Difese da praticarci in un Gabinetto di Röntgenologia». A. Busi (Bologna).

1° « L'allarme visivo, mezzo di educazione igienico-tecnica »; 2° « L'allarme visivo, nella lotta contro i pulviscoli laceranti »; 3° « Praticabilità e necessità di orari lievi nell'esercizio ferroviario »; 4° « Profilassi delle affezioni utero-ovariche nelle operaie tessili »; 5° « Influenze psichiche del lavoro a domicilio nella zona canturina ». A. Petrini (Genova).

1° « Di una dermatite professionale nei carbonai dei piroscafi »; 2° « Asimmetrie del torace e della spalla nei lavoratori ». A. Mori (Piombino).

« Aspirazione della polvere dagli stabilimenti industriali ». C. Cohen (Torino).

« Di alcune turbe vasomotorie agli arti inferiori nelle operaie addette alla filatura meccanica ». M. Tempini (Brescia).

« Su di una malattia professionale dei camerieri ». G. Rubinato (Treviso).

« Morte improvvisa sul lavoro ». S. Ottolenghi (Roma).

1° « Contributo alla mortalità infantile in rapporto ai mestieri e alle condizioni sociali dei genitori »; 2° « La febbre negli anchilostomiaci ». A. Cammarata (Caltanissetta).

« L'azione del fosforo rosso sull'organismo animale ». L. Ferrannini (Napoli.

« Alcune proprietà fisico-chimiche e biologiche del sangue degli animali affaticati ». T. Carpentieri (Napoli).

« Le alterazioni del sangue negli operai delle fabbriche di fiammiferi ». G. Collarile (Napoli).

« Esame funzionale del cuore (metodi Schapiro, Katzenstein, Graupner) negli individui sani e malati (di cuore e di altri organi) intellettualmente o fisicamente o nell'uno e nell'altro modo affaticati ». D. Scalfati (Napoli).

« Ricerche sopra l'azione delle tossine dell'affaticamento ». S. Fichera (Napoli).

1° « Le modificazioni istologiche del sangue determinate dal lavoro muscolare »; 2° « Il lavoro intellettuale e la funzione surrenale ». V. Palmulli (Napoli).

« Le variazioni morfologiche del sangue nell'intossicazione da antimonio ». R. Scalia (Napoli).

« La neurastenia da lavoro ». Carito (Napoli).

1° « Igiene, vita, abitudini dei zolfatai »; 2° « Anchilostomiasi e mezzi pratici per combatterla ». C. Valenti (Favara, Girgenti).

La Croce Rossa Italiana congedata dal Montenegro.

La squadra bolognese e la squadra torinese della Croce Rossa prestarono durante tutta la guerra combattuta dal Montenegro un servizio meraviglioso per l'entusiasmo e l'organizzazione, superando senza possibilità di confronto le Croci Rosse estere.

La squadra di Bologna, diretta dal prof. Nigrisoli, era giunta al Montenegro con un ospedale da campo completo, munito di materiale ricchissimo e s'ignora ancora la ragione per cui, anzichè destinarla a un posto avanzato dove la sua opera avrebbe salvato centinaia di esistenze, si volle che rimanesse a Podgoritza, quasi a due giorni di cammino dal teatro della battaglia. Gli effetti della illogica collocazione erano disastrosi. Eppure la percentuale dei morti fu bassissima.

A Podgoritza il professore Nigrisoli istituì una pubblica ambulanza dove tutti senza distinzione gratuitamente ottenevano consulti, assistenza e medicinali.

La squadra bolognese era continuamente rinforzata da frequenti arrivi di nuovi ufficiali e di militi.

L'attività della squadra torinese, componente l'ambulanza da campo collocata prima a Gruda e poi a Vraka, raggiunse l'eroismo. Per sei mesi il capitano Scocciauti, direttore medico, e i tenenti Frattini e Gibetto vissero sotto la tenda senza potersi mai spogliare, sempre esposti al tiro delle batterie turche.

Ora le due squadre sono state laconicamente licenziate dal principe Mirko.

La Croce Rossa Italiana in Bulgaria.

La missione della Croce Rossa italiana, che per sei mesi ha curato i feriti a Lule Burgas, è passata da Sofia in viaggio di ritorno per l'Italia.

La missione fu oggetto di molte attenzioni da parte delle autorità bulgare e dei privati.

Vari banchetti furono offerti ai componenti la missione, fra gli altri dalla Legazione italiana e dalla Croce Rossa bulgara la quale ha nominato i colleghi italiani suoi membri onorari.

Tutti i membri della missione della Croce Rossa Italiana hanno ricevuto decorazioni e un ritratto della regina in cornice.

I giornali bulgari rilevano i grandi servigi resi dalla missione italiana ai feriti ed esprimono profonda riconoscenza alla nostra nazione.

Per le acque minerali italiane.

Il Senato ha preso in esame ed approvato il disegno di legge per la protezione del bacino idrologico di Montecatini.

Il ministro Nitti ha accettato la raccomandazione del sen. Santini di dar opera affinchè la virtualità di queste acque sia meglio conosciuta all'estero e perchè l'uso di esse sia facilitato anche ai poveri.

Si è approvato all'uopo un ordine del giorno col quale l'Ufficio Centrale « invita il Governo a presentare una legge per assicurare la conservazione, lo sviluppo e il regolare esercizio delle sorgenti di acque minerali e termali esistenti nel Regno, che interessano la pubblica salute e sono fonti di richezza nazionale ».

La riforma della libera docenza.

Il Senato ha discusso e approvato il disegno di legge sul conferimento della libera docenza.

Quasi tutti gli oratori hanno deplorato la esuberanza delle richieste e la facilità con cui può oggi essere conseguita l'abilitazione.

Il senatore Foà ha fatto presente che nel primo trimestre di quest'anno sono state avanzate duecentosessantadue domande di libera docenza e che nell'ultimo biennio vi è stato un aumento di circa seicento libere docenze; occorre quindi frenare queste falangi; chiude invitando a dar voto favorevole al disegno di legge.

L'Ufficio centrale del Senato ha proposto che gl'insegnanti siano direttamente retribuiti dagli studenti.

Contro questa disposizione ha sollevato una vivace protesta l'Associazione dei liberi docenti.

La rubrica della beneficenza.

Il conte Leonardo Secondo Gradenigo, ultimo del suo ramo, morto testè a Fossalta di Piave (Venezia), ha lasciato la moglie usufruttuaria di tutti i suoi beni ed ha erogato la sua sostanza di oltre mezzo milione a favore della Congregazione di carità di Venezia, dell'Orfanotrofio maschile e femminile, dell'infanzia abbandonata e di altre Opere pie.

Riportiamo dall' « Avvenire Sanitario » le seguenti notizie.

A Lugo la famiglia Scaiaberni, per onorare la memoria del compianto suo Giuseppe, ha offerto all'Ospedale Umberto I l'impianto completo della sala Röentgen.

Il signor Agostino Bandini, morto a Livorno, ha lasciate eredi universali del suo patrimonio, ascendente a circa 300 mila lire, le opere pie locali.

Il signor Melandri Federico, suicidatosi a Ravenna, ha lasciato in beneficenza tutto il suo patrimonio, che si fa ascendere a circa 250,000 lire, di cui 20 mila destinate all'ospedale civile, e altri ingenti legati agli orfani, ai bagni marini, all'asilo infantile, ecc.

Per onorare la memoria del loro congiunto, gli eredi del comm. Giacomo Feltrinelli, morto recentemente a Milano, hanno erogato in beneficenza mezzo milione, assegnando cospicue somme al Sanatorio Popolare Umberto I, al Pio Albergo Trivulzio, alla cura clinica dei fanciulli gracili delle scuole elementari di Milano, all'Asilo Regina Elena per le madri povere legittime, all'ospedale dei bambini, all' ospedale ricovero « Feltrinelli » di Gargnano, ecc.

Conferenze d'igiene.

A Torino nella Scuola governativa « Domenico Berti », al Valentino, si tiene un corso bisettimanale d'*insegnamento pratico d'igiene* alle alunne del corso normale.

Dal ministro della pubblica istruzione esso è stato affidato al dottor Raffaele Severi.

Questa iniziativa dell'onorevole ministro corona le lunghe aspirazioni vivamente sentite nel campo della pedagogia contemporanea, alla quale l'insegnamento dell'igiene è divenuto ormai un complemento indispensabile e perciò, in armonia cogli incessanti progressi delle scienze e colle grandi conquiste della politica, dobbiamo salutare con piacere il crescente diffondersi e volgarizzarsi delle dottrine proclamate dall'igiene moderna, non solo in mezzo al popolo, ma anche nelle scuole superiori femminili, di dove escono le future educatrici delle nuove generazioni.

Il sen. Carle aggredito.

Il 30 aprile di sera, mentre il sen. prof. Antonio Carle tornava in automobile da Nizza coi suoi assistenti dottori Massobrio e Gruner, venne brutalmente aggredito nello stradale Albenga-Alassio da alcuni vetturali. Gli aggressori percossero il dott. Massobrio, il quale ebbe gli occhiali rotti e fu ferito al naso; tagliarono i copertoni dell'automobile, la quale fu costretta a procedere al passo; lanciarono molti sassi contro la vettura; coprirono di contumelie e d'insulti villani il prof. Carle, che non sapeva spiegarsi la ragione di tanto trambusto.

Il dott. Massobrio fu poi curato dal dott. Pagliari; ma per fortuna non era ferito che lievemente.

Viaggio medico.

In occasione del Congresso internazionale di medicina il Comitato Centrale tedesco per i viaggi medici ha organizzato un'escursione a Londra ed ai porti principali dell'Inghilterra, su di una nave speciale dell'Hamburg-America.

Il costo del viaggio va da 875 a 1400 marchi, secondo la classe della cabina.

Mostra della falsificazione dei generi alimentari.

All'Esposizione internazionale di Gand una sezione sarà consacrata alle frodi elimentari.

Vi si vedranno funzionare dei laboratorii per la ricerca delle frodi.

Vi saranno organizzate delle conferenze.

Il prof. De Bruyne di Gand, presiede il Comitato ordinatore.

Per le informazioni rivolgersi a Antony Neuckens, secrétaire de l'exposition de la falsification des denrées alimentaires à l'Hôtel de Ville de Bruxelles.

Incendio in un ospedale.

Un incendio è scoppiato all'ospedale di San Giovanni a Bruxelles.

Il fuoco si è manifestato nel dormitorio degli infermieri e si è comunicato subito alle sale.

Con grande rapidità si è provveduto al salvataggio degli ammalati e allo sgombro del mobilio. Il trasporto degli infermi mentre le fiamme si propagavano, offriva uno spettacolo impressionante. L'incendio è stato finalmente circoscritto.

Si deve alla cooperazione e alla presenza di spirito degli infermieri, delle infermiere e delle suore di carità, se non vi sono state vittime.

Calendario di Congressi Medici.

1913.

Maggio	15-19.	Parigi: del Royal Institut of Public Health di Londra.
Giugno	8 11.	Roma: Nazionale per le malattie del lavoro.
Id.	17-20.	Minneapolis (U. S. A.): dell'« American Medical Association ».
Luglio	22 25.	Brigton: della « British Medical Association ».
Agosto	6-12.	Londra: Internazionale delle scienze mediche,
Id.	20-26.	Gand: III Internazionale di Neurologia e psichiatria.
Id.	30-7 sett.	Anversa: Internazionale d'Igiene delle abitazioni.
Settembre	2-6.	Groninga: Internazionale di Fisiologia.
Id.	17-21.	L'Aja: XI Internazionale di farmacia.
Ottobre	2.	Torino: IV Nazionale delle opere antitubercolari.
Id.	?	Milano: I Convegno Nazionale dei medici scolastici italiani,
Novembre	?	Lima: VI Medico pan-Americano.

1914.

Luglio	28-2 agosto.	Pietroburgo: XII Internazionale di oftalmologia.
Estate		Budapest: VIII Internazionale di Antropologia criminale.
Settembre		Berna: Internazionale di Neurologia e Psichiatria.
Autunno.		Vienna: Internazionale per le Malattie del lavoro.

Col prof. **Sigismond Jaccoud** scompare una delle più alte personalità mediche della passata generazione.

Fu clinico sommo, educatore incomparabile, scienziato di valore.

Ci ha legato le « Leçons cliniques de la Charité, » un « Traité de Pathologie interne » e moltissimi lavori.

Non ci è possibile di ricordare i fatti nuovi da lui osservati e le forme morbose da lui scoperte o definite; ci basti menzionare le varietà fibrose del reumatismo cronico, le forme cliniche dell'uremia, l'angina pseudo-membranosa da pneumococchi, la diatesi linfogena; menzioniamo inoltre la precisione portata in molti esami diagnostici e alcune norme terapeutiche a base prevalentemente igienica.

Aveva 83 anni.

Lascia un'orma profonda nella medicina. B.

Rassegna della stampa medica.

L'Osped. Maggiore, 1. FRANCO. « Per evitare recidive nella cura radicale dell'ernia crurale ».

La Liguria Med., 15 febbr. RICCA. « Sulla diagnosi delle forme iniziali e atipiche della sclerosi in placche ». — BAECCHI. « Nuova reazione chimica del sangue ».

Arch. f. Verd. - Krank., 18 febbr. SOMMERFELD. « Diagnosi differenziale tra ulcera gastrica e duodenale ». — GREGERSEN. « La prova di Schmidt con tessuto connettivo ». — BJALOKUR. « La palpazione dell'appendice ». — PILCHER. La paresi gastro intestinale post-operativa ».

Gazz. d. Osp., 16 febbr. SILVESTRI. « Apparato surrenale e forme convulsive con speciale riguardo all'epilessia ».

La Rif. Med., 15 febbr. SILVESTRI. « A proposito di un caso di pleurite destra, bloccata, pulsante ». — MORONE. « Per la coledecolitotomia tran-pancreatica ». — QUADRONE. « Radioterapia delle ghiandole surrenali in alcuni stati ipertensivi ».

Giorn. Intern. d. Sc. Med., 15 febbr. VOLPE. « Tonicità e forza muscolare nelle lesioni del cervelletto ».

Brit. Med. Journ., 15 febbr. OWEN. « Per l'operazione immediata nell'appendicite ». — CORNER. « Le funzioni dell'appendice e l'appendicite ». — FULLERTON. « Prostatectomie ».

The Lancet, 15 febbr. WALKER. « Le vie dell'infezione genito-urinaria ». — WHALE. I risultati remoti della tonsilletomia e della tonsillectomia ».

Gaz. d. Hôp., 15 febbr. ROUSSEAU e CASSARD. « L'appendicite nella donna ».

La Presse Méd., 15 febbr. ACHARD, FOIX e SALIN. « L'origine delle emolisine ». — BONNAMOUR e IMBERT. « Ricerca dell'acetone e dell'acido diacetico in clinica ».

La Clin. Ost., 15 genn. IMPALLOMENI e COLPI. « Percosse su donna incinta ed espulsione di feto macerato ».

La Stomatologia, 15 febbr. ROVIDA. « Presenza di spirilli nel tessuto della polpa dentale ».

Bull. J. Hopk. Hospital, febbr. WEED, CUSHING e JACOBSON. « Il compito dell'ipofisi nel metabolismo dei carboidrati ». — HAMMAN e SLOAN. Il pneumotorace indotto nella terapia delle malattie polmonari ».

Il Lavoro, 15 febbr. GIUFFRÈ. « Patologia dei sommaccai ».

Revue Neurol., 15 febbr. DE CASTRO. « Sul segno di Negro nella paralisi facciale periferica ». — ROCHON, DUVIGNEAUD e HEITZ. Evoluzione delle turbe pupillari nei diabetici durante il periodo di stato ».

Riv. Sanit. Siciliana, 15 febbr. PIAZZA FINOCCHIARO. « I lipoidi stimolanti ».

Le Journal Méd. Français, 15 febbr. « Numero consacrato alle modificazioni patologiche del polso ».

Ann. di Clin. Med., 15 febbr. PIAZZA. « Sulla fisiopatologia della glandola endocrina del pancreas ». — SOLI. « Reperto anatomico dell'eclampsia ». — ARNONE. « Alterazioni del sangue nelle infezioni febbrili ». — DI PIETRO. I moderni metodi di cura della tubercolosi polmonare ».

Ann. di Med. nav. e col., 1 TIBERIO. « Nuovo rivelatore dell'indacano nelle orine ». — GENUARDI. Beri beri sulla R. Nave Calabria ». — LUZZATTI. « Orchiti parotitiche senza manifestazioni parotidee ».

Mediz. Klin., 16 febbr. STRANSKY. « Sulla schizofrenia (*dementia praecox*) ». — WIDMER. « La fatica essenziale e l'azione dell'alcool ». — ASCHOFF. « Appendicopathia oxyurica (pseudoappendicitis ex oxyure) ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. *Roma, 18 maggio 1913* Fasc. 20

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE GENERALI.

Alcune considerazioni sulla malattia di Carlo Chagas (Thyreoiditis parassitaria).

Rivista analitica

per il prof. dott. E. TRAMONTI

libero docente dell'Università di Roma e neuropatologo dell'Ospedale Portoghese di S. Joaquim.

In un recente articolo comparso sul *Progrès Médical*, articolo riprodotto nelle sue conclusioni dal *Policlinico* (Sez. Pratica, 1912, n. 50), il professore Widal faceva risaltare l'importanza del movimento medico nell'America Latina, ed applaudiva *toto corde* all'iniziativa del *Progrès Médical* di analizzare, commentare e riprodurre i lavori medici pubblicati nell'Argentina, nel Cile, nell'Uruguay e nel Brasile, paesi in cui la scienza medica e l'insegnamento di essa hanno raggiunto un grado notevolissimo di perfezione. Dal suo canto il nostro giornale faceva rilevare come anche a noi si imponga oramai il dovere di prospettare quanto di meglio si compie in questi paesi, così ricchi di energie e di avvenire. Mi sia lecito pertanto, dappoichè sono modestissimo rappresentante della scienza medica italiana nel Brasile, di iniziare quest'opera feconda di divulgazione scientifica. E così per cominciare, piacemi esporre alcune brevi considerazioni sulla malattia che prende il nome dal suo scopritore, ossia sulla *malattia di C. Chagas* o *tiroidite parassitaria*.

Già di essa fu accennato su questo nostro giornale specialmente in riguardo all'etiologia; quindi mi contenterò di dire solo che la malattia in discorso è dovuta ad un tripanosoma, il *trypanosoma Cruzi*, il quale viene inoculato nell'uomo da un grande emittero, il *Conhorinus megistus* volgarmente detto « barbeiro », insetto che infesta la parte settentrionale dello Stato di Minas Geraes e che attacca l'uomo di notte.

Passando ora allo studio della parte clinica, ricorderemo che nel quadro morboso determinato dal *trypanosoma Cruzi* o schizotripanosoma figurano in modo costante diverse sindromi di insufficienze glandolari endocrine, predominando fra esse l'ipotiroidea, pur essendo molto frequente la sindrome da insufficienza delle glandole surrenali. Il predominio nei casi clinici di alcune sindromi di insufficienza glandolare e l'assenza di altre, costituisce la base per la classificazione clinica della tiroidite parassitaria, quantunque debbasi a questo punto fare osservare che talora non esistano fra le diverse forme morbose dei limiti molto netti, di modo che risultano delle forme complesse, che possono classificarsi solo adottando come criterio il predominio di un sintomo, o di una sindrome, sopra altri sintomi o sindromi.

La schizotripanosomiasi può essere distinta dal punto di vista clinico in due grandi categorie: forme acute e forme croniche. Quali forme acute vanno considerati quei casi in cui oltre a presentare fenomeni morbosi acuti, lasciano rilevare la presenza del parassita nel sangue periferico mercè il semplice esame a fresco. Differenze essenziali dal punto di vista della prognosi, ed ancora la prevalenza della sindrome nervosa, apportano a dividere in due gruppi i casi di infezione acuta. Nell'uno di essi la percentuale della mortalità è molto elevata e molto più gravi sono le conseguenze future della malattia per la persistenza di lesioni nel sistema nervoso centrale. Di regola questi casi quando non finiscono collo *obitus*, portano all'estinzione completa della vita individuale di relazione, poichè i pazienti sono ridotti alle condizioni di un paralitico, di un idiota, di un imbecille. Trattasi qui di forme meningo encefalitiche, predominando nel quadro clinico i sintomi di meningo-encefalite acuta.

Nell'altro gruppo figurano i casi acuti senza manifestazioni dipendenti dal sistema nervoso. In questi la prognosi è meno severa, avendosi quasi sempre il passaggio della malattia allo stato cronico, nel quale l'individuo, sebbene in condizioni d'inferiorità organica, può vivere nel possesso delle sue funzioni principali.

I casi d'infezione cronica determinata dallo schizotripanosoma, possono essere raggruppati in cinque forme cliniche:

a) forma pseudo-mixedematosa;

b) forma mixedematosa;

c) forma cardiaca;

d) forma nervosa;

e) forme croniche con esacerbazioni acute.

Lo Chagas costituisce un gruppo a parte dei casi di infantilismo, di gozzo antico e di altre condizioni morbose consecutive alla malattia sotto, il nome di fenomeni *meta-schizotripanosici*, denominazione codesta consimile a quella delle conseguenze tardive della sifilide.

Tralasciando lo studio delle altre forme, piacemi richiamare l'attenzione dello studioso sulle forme nervose dipendenti dal parassita di C. Chagas, molto importanti sotto ogni punto di vista. Cominceremo adunque col dire che studi anatomopatologici fatti in diverse autopsie di individui che presentavano sindromi nervose molto pronunziate contemporaneamente ad altri sintomi della schizotripanosi, rivelarono localizzazioni del parassita nel sistema nervoso centrale e presenza di gravi lesioni. E questo trovava esatta corrispondenza nel campo clinico. I numerosi casi di paralisi, di afresia, di idiozia osservati precipuamente in bambini od in individui affetti da infantilismo, stavano a denotare l'altissima importanza patogenetica del parassita data l'ipotesi che questo fosse riconosciuto quale fattore etiologico di tali sintomi. A questa supposizione portava la coesistenza in tali malati di altri segni clinici della malattia di Chagas, ed il risultato negativo di tutte le ricerche destinate a rilevare la presenza di qualche altro fattore etiologico, in ispecie della sifilide: W R, sintomi obbiettivi e dati anatomici, tutto concorreva a fare escludere l'intervento dello spirochete. Del pari faceva difetto qualsivoglia altro elemento etiologico, tossico-infettivo od ereditario, accidenti traumatici durante la gravidanza, parto prematuro ecc., per l'interpretazione dei su accennati casi clinici.

La prima autopsia praticata su di una bambina morta con sintomi di meningo-encefalite acuta, venne a dare una conferma anatomica alle osservazioni cliniche dello Chagas, ed a giustificare la creazione di una forma nervosa della schizotripanosi, nella quale vanno raggruppate molte creature destinate ad un'esistenza mostruosa. La principale caratteristica anatomica delle localizzazioni del parassita nel sistema nervoso centrale si è quella di riscontrare dei focolai multipli sparsi nelle diverse zone dell'encefalo, nella corteccia, nei nuclei centrali, nella protuberanza, nel bulbo. Questa molteplicità di localizzazioni si traduce in clinica con una multiformità di sindromi nervose, anzi si potrebbe dire, da un certo punto di vista, che il tripanosoma di Chagas realizza sul sistema nervoso centrale delle condizioni sperimentali per lo studio delle localizzazioni, che non sarebbe possibile per altra via raggiungere.

Fra i disturbi motori, ciò che venne più di frequente osservato è rappresentato dalla diplegia cerebrale, nella quale di regola predominano i fenomeni spastici sopra quelli paralitici. Tali diplegie, generalmente consecutive ad infezioni acquisite nei primi periodi di vita extrauterina, presentano dal punto di vista dell'intensità, dell'estensione dei disturbi nervosi e del predominio delle contratture sopra le paralisi, aspetti clinici più o meno variabili. D'altro canto la presenza o l'assenza di disturbi dei movimenti il maggiore o minor grado con cui sono interessati l'intelligenza ed il linguaggio, portano ancora una grande diversità negli aspetti clinici di questa

malattia. Infine, ripetiamo, questo complesso sintomatico si accorda bene con la varietà dei processi isto-patologici.

Per dato e fatto dei focolai diffusi del parassita nell'encefalo, dal qual parassita vengono di regola interessate zone multiple di ambedue gli emisferi od altre regioni del nevrasse con integrità assoluta del sistema vascolare, viene a risultarne la bilateralità dei disturbi motori.

Ben di rado si verificherà una sindrome emiplegica che C. Chagas del resto non ha mai osservato, laddove predominio di disturbi motori in un lato del corpo, senza che per questo possa parlarsi di un'emiplegia vera e propria, è stato fatto di osservazione piuttosto frequente.

Vuoi i fenomeni spastici, vuoi i fenomeni paralitici predominano negli arti inferiori, presentandosi i superiori od immuni da qualsivoglia disturbo, o con paracinesie molto pronunziate, fra cui predomina l'atetosi. Una vera serie progressiva per l'intensità e generalizzazione dei disturbi motori è rappresentata dai casi di diplegia cerebrale. Dalle semplici disbasie bilaterali, espressioni residuali di lesioni di lieve conto e di piccola estensione, sino alle forme di rigidità muscolare generale, ogni grado intermedio ed ogni forma clinica si riscontra. In tali sindromi però mancano i fattori etiologici della malattia di Little, la nascita prematura, gli accidenti del parto e della gravidanza, mancano ancora l'evoluzione regressiva ed una relativa conservazione dell'intelligenza. Quello che esiste, in un modo costante, è rappresentato dai sintomi clinici della schizotripanosi, vale a dire dalla ipertrofia ganglionare generalizzata e dalle lesioni della tiroide.

Ma vi ha di più: in questa ed ancora in altre modalità di affezioni nervose, i dati dell'anamnesi sono quasi sempre unanimi nel riferire che la malattia iniziossi con un episodio acuto febbrile, accompagnato di regola da convulsioni. Sono molto frequenti in questa diplegia movimenti atetoidi o coreiformi. I movimenti atetoidi si riscontrano con maggiore frequenza dei movimenti coreiformi; si localizzano il più delle volte nelle estremità degli arti superiori, interessando specialmente le dita; non è raro però che interessino tutti e quattro gli arti. Nessun rapporto costante esiste fra l'intensità dei fenomeni spastici o paralitici ed i movimenti paracinetici, essendo non rare le osservazioni di atetosi intensa dei quattro arti, con fenomeni spastici o paralitici molto attenuati.

L'intelligenza è sempre colpita nelle forme nervose di malattia, riscontrandosi dall'idiozia più completa fino ai semplici stati cretinoidi. Non esiste rapporto fisso tra la intensità dei fenomeni motori ed il grado di decadenza mentale: molti casi classificati quali casi di idiozia completa presentano appena dei lievi disturbi motori, che si traducono semplicemente con un'esagerazione dei riflessi tendinei, con dislocazione, ecc.; per converso, esistono casi di profondi disturbi della motilità con relativa conservazione della intelligenza.

Profonde sono pure in questi casi le alterazioni del linguaggio, essendo numerosi i diplegici che presentano afasia totale. Questa, inoltre, sebbene accompagnata quasi sempre da fenomeni motori, costituisce a volte la manifestazione nervosa più spiccata in malati con disturbi lievi della motilità.

Molto frequenti sono anche i fenomeni di paralisi pseudobulbare, ora presenti nei casi di diplegia cerebrale ed allargando per conseguenza la sindrome nervosa, ora costituendo manifestazioni paralitiche isolate in individui con sintomi di schizotripanosi, ma con motilità generale e con riflessi tendinei normali. Alcuni, fra questi ultimi pazienti, sono casi tipici di paralisi soprabulbare, secondo la classificazione di Miguel Couto; altri presentano delle semplici turbe paralitiche degli apparati destinati alla masticazione, alla deglutizione, alla fonazione, senza che tali fenomeni siano in rapporto con un *ictus* antecedente, con un'emiplegia e molte volte con qualsivoglia altra manifestazione cerebrale precedente.

Non è raro riscontrare disturbi paralitici dell'apparato oculomotore, ora a carico di muscoli isolati, ora di più muscoli nel contempo. In generale le paralisi dell'oculomozione accompagnansi a manifestazioni paralitiche dal lato degli arti; però non è infrequente che costituiscano gli unici disturbi della motilità, commisti con simultanee alterazioni del linguaggio e dell'intelligenza.

Nei casi di lesioni profonde del sistema nervoso non è raro osservare convulsioni generali; queste sono espressione di lesioni della corteccia cerebrale. Altre modalità della sindrome convulsiva osservata in malati cronici con ipertrofia della glandola tiroide e segni di ipotiroidismo, senza manifestazioni che parlino per una lesione corticale, ripetono indubbiamente un'origine diversa. In tal caso agisce molto bene la tiroidina, ora attenuando l'intensità degli attacchi convulsivi,

ora facendoli scomparire del tutto. Quindi puossi ragionevolmente pensare che si abbia a fare in tal caso con manifestazioni nervose che ripetono la loro origine da insufficienza funzionale della tiroide sia che si tratti di fenomeni convulsivi, sia che si tratti di attacchi vertiginosi, di assenze, ecc. Infine manifestazioni mentali di grande intensità, crisi deliranti, disturbi psichici diversi, molte volte osservati in malati con ipertiroidismo, sono anche beneficamente influenzati mercè l'opoterapia e non di rado finiscono collo scomparire totalmente.

La maggior parte delle osservazioni riferite dallo Chagas di diplegia cerebrale concerne bambini od individui di età maggiore che mostravano ancora disturbi dello sviluppo fisico e presentavano note spiccate di infantilismo. In simili contingenze lo stesso fattore etiologico che aveva prodotti profondi disturbi nervosi aveva nel contempo esercitato una nefasta influenza sopra l'accrescimento e sopra l'intelligenza, rendendo i soggetti diplegici degli idioti, dei cretini, degli infantili, degli imbecilli.

Allo scopo di far meglio risaltare le localizzazioni nervose della schizotripanosi, lo Chagas riferisce i reperti anatomo-patologici riscontrati all'*extispicium* di due pazienti che presentavano la forma nervosa della malattia.

Uno dei due casi concerne una bambina di tre anni che presentò in vita paresi spastica degli arti superiori, esagerazione dei riflessi tendinei e cutanei, Babinski bilaterale. Contemporaneamente si riscontravano tutti gli altri sintomi della tiroidite parassitaria, ossia gozzo incipiente, infiltrazione mucoide del tessuto sottocutaneo, numerosi ingorghi glandolari, epato- e splenomegalia, arresto dello sviluppo fisico. Nel decorso di questo stato cronico la malata presentò gravi accidenti acuti caratterizzati da elevazione termica e da due crisi convulsive. Dopo 20 giorni *obitus*.

All'autopsia si riscontrò: ipertrofia ed indurimento della tiroide; presenza di numerosi ganglii nelle regioni cervicali, nel mediastino, nelle ascelle, nel mesenterio: poliorromenite generalizzata, aumento di volume e degenerazione grassa del fegato: intensa miocardite: congestione e degenerazione grassa delle capsule surrenali; la dura madre era molto aderente alla calotta cranica; la pia madre si presentava ispessita ed edematosa; nello spazio subaracnoideo si rilevava la presenza di un essudato gelatinoso. Le circonvoluzioni cerebrali erano fortemente aderenti fra di loro ed alla pia meninge. Placche di meningite cronica nei limiti superiori delle circonvoluzioni motrici da ambo i lati. L'esame microscopico addimostrò: canalizzazioni parassitarie e focolai multipli di infiltrazione nella corteccia. Numerosi parassiti nei muscoli striati.

Il secondo caso concerne una paziente di 24 anni, da molti anni malata con idiozia completa, diplegia cerebrale spastica, movimenti atetosici delle mani, afasia, arresto di sviluppo.

Quali sintomi di schizotripanosi si rilevavano: ipertrofia della glandola tiroide, infiltrazione mucoide del tessuto sottocutaneo, ingorghi glandolari multipli, epatomegalia considerevole.

Dall'anamnesi si detraevano i seguenti dati: nascita a termine del soggetto da parto normale, assenza di complicazioni nel puerperio. Lungo periodo febbrile fra i due ed i tre anni di età. Assenza di sintomi di sifilide nei genitori e mancanza di precedenti nervosi ereditari. La WR fu negativa.

La paziente morì in seguito a scottature multiple ed estese di secondo grado. All'autopsia si rilevarono: numerosi ganglii nel mesenterio, aumento di volume e degenerazione abbastanza pronunciata del fegato, aderenze fortissime della capsula di Glisson al suddetto organo, ovaia atrofiche e contenenti cisti colloidi, degenerazione delle capsule surrenali. Inoltre calcificazione incompleta delle costole, miocardite, tiroide ipertrofica, multilobata, colloide. A carico del sistema nervoso si riscontrò che la dura madre era fortemente aderente alla calotta cranica e che presentava zone di notevole ispessimento; che l'aracnoide e la pia meninge erano ispessiste, molto aderenti fra di loro e colla sostanza cerebrale; che le circonvoluzioni cerebrali erano così aderenti fra di loro che era difficile aprire i solchi, anzi il lobo temporale aderiva talmente al lobo frontale che eravi impossibilità quasi assoluta di separarli senza distruggere la sostanza cerebrale. Nei limiti superiori delle zone motrici di ambo i lati esistevano due placche di encefalite cronica, ciascuna del diametro di due centimetri. Due altre placche di uguale aspetto si ritrovavano nei bordi superiori dei lobi occipitali. In corrispondenza del bulbo eravi una forte aderenza delle meningi. Inoltre meningite spinale cronica e forte aderenza delle meningi alla sostanza midollare.

Nei muscoli striati si rilevò la presenza di numerosi parassiti.

Quindi per l'autore, da questi reperti e dai risultati delle ricerche anatomo-patologiche fatte sino ad ora dal Vianna, si può dedurre la conclusione che il parassita esercita la sua azione e sulle meningi e sulla sostanza nervosa propriamente detta; al contrario però di quanto si verifica negli altri casi di meningo-encefalite da comuni processi infettivi, nei quali il processo morboso o carico della sostanza nervosa è continuazione di quello che affetta le meningi, il processo meningitico e quello encefalitico sono qui indipendenti l'uno dall'altro. Imperocchè i processi flogistici nelle meningi non sono legati alla presenza del parassita, ma sono probabilmente determinati dalle tossine, laddove nella sostanza nervosa si riscontra il parassita dapprincipio nell'interno delle cellule, dove si moltiplica, formando delle cisti parassitarie, le quali vengono in seguito invase da cellule migranti, che formano dei vasti focolai di flogosi reattiva. Se il focolaio è recente, si rileva la presenza del parassita; se è antico, non è dato rinvenire lo schizotripanosoma.

Quanto ho esposto è molto interessante di per sè stesso, ma è interessante anche per una considerazione, o per meglio dire per un dubbio che fa sorgere nell'animo dello studioso italiano. Questo dubbio, per quanto allo stato attuale delle cose possa sembrare arrischiato, si è il seguente: Non vi potrebbe essere analogia fra il meccanismo etiologico del cretinismo endemico che infierisce nelle nostre vallate alpine e quello della tiroidite parassitaria? È vero che C. Chagas ha affermato che esiste una profonda differenza fra il cretinismo endemico europeo e la tiroidite parassitaria, poichè egli dice: « Em todas as nossas observaçôes de idiotia total e de outros defeitos profundos da intelijencia existem perturbaçôes da motilidade, quasi sempre muito intensas, indicativas de lezôes do sistema nervoso central, especialmente do cortex. A intoxicaçâo mixedematosa pouco o nada concurre, entre nós, para a produçâo da idiotia ao contrario do que acontece na Europa. Os idiotas que temos observado, sâo, en sua majoria, cazos de depleija cerebral, ocasionada pelas localizaçôes do parasito no sistema nervoso central e pelas lezôes que elle ai determina. As diferenças, pois, aqui deixadas em rezumo, entre o bocio d'Europa, cuja origem hydrica è sustentada por diversos experimentatores e o bocio endemico de Minas Geraes, sâo molto salientes e bem indicam a diversidade de razôes etiolojcas nos dois cazos ».

Ad onta di questo il dubbio sussiste.

BIBLIOGRAFIA.

C. CHAGAS. *Nova entitade morbida do homem. Resumo geral de estudos etiolojicos e clinicos.* Memorias do Instituto Osvaldo Cruz. Tomo II, fasc. II. Manguinhos, 1911, pag. 219.

G. VIANNA. *Contribuçâo para o estudo da anatomia patolojica da Molestia de Carlos Chagas.* Ibidem, pag. 276.

San Paulo, 25 gennaio 1913.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Intorno all'urobilinuria.

(*Medizinische Klinik*).

Le teorie emesse intorno all'origine dell'urobilina sono assai varie ed è solamente negli ultimi anni che si è manifestata la tendenza di concepire in modo unico la genesi di questo pigmento. La veduta che prevale oggi in proposito è quella che il Huber sosteneva già nel 1905 e che successive osservazioni hanno giustificate. Frerichs aveva osservato che nell'itterizia non si aveva sempre presenza di bilirubina nell'urina e che quindi il colorito itterico non sempre era dovuto a vero ittero quando la prova di Gmelin era positiva. Nella letteratura francese si parlò di un ittero bilifeico e di uno acolurico. Gubler fondò la teoria dell'ittero emofeico, ritenendo che in taluni casi nell'urina e nel sangue fosse presente una sostanza colorante « l'emofeina », quale prodotto dovuto alla insufficiente funzione epatica. Il Gerhardt scoprì poi che nell'urina contenente emofeina era contenuta abbondantemente l'urobilina e mentre la teoria dell'ittero emofeico cadde, sorse quella dell'ittero da urobilina per la presenza di questo pigmento nel sangue. Anche questa teoria ammetteva l'insufficienza epatica come causa della produzione dell'urobilina, insufficienza consistente nell'incapacità di ossidare tutta l'emoglobina fino al grado necessario per ottenere la bilirubina. Tale teoria si fece strada specialmente in Francia. Ma poi si trovò che l'urobilina non poteva essere causa della pigmentazione cutanea nell'ittero, sia perchè non aveva potere colorante sufficiente, sia perchè non si trovava sempre nel sangue, mentre la bilirubina vi era sempre rintracciabile. In questo modo si finì col parlare di ittero « con urobilina ».

Diciamo ora qualche cosa sulla presenza dell'urobilina in genere.

Come è noto, l'urina fresca contiene la leucourobilina che per ossidazione sotto l'azione della luce o di agenti chimici si trasforma in urobilina. Queste due sostanze hanno eguale valore clinico, ma non si riesce a dimostrare che la presenza

dell'urobilina. L'urina contenente la leucourobilina è perfettamente chiara, mentre quella che contiene l'urobilina è di colore giallo-oro. La stercobilina che trovasi nell'intestino e l'urobilina sono prodotti identici, egualmente lo sono i due leuco-corpi corrispondenti. L'urobilina si origina nell'intestino per l'azione riducente sulla bilirubina dei batteri che vi abitano, di guisa che si trova l'urobilina nell'urina solamente quando la bilirubina giunge nell'intestino.

Infatti, se nel corso di un'urobilinuria si ostruisce il coledoco, essa scomparisce per riapparire appena il coledoco è ridiventato pervio allo scolo della bile. Nei neonati il cui intestino non è ancora infetto da batteri manca l'urobilina tanto nell'urina, quanto nelle feci. Accenneremo di volo alle altre teorie emesse per spiegare la genesi dell'urobilina: fra esse è molto in voga in Francia quella epatogena, la quale invoca la diminuita funzionalità del fegato. Ma per dimostrare la sua insussistenza basti pensare a quanto si constata clinicamente, alla comparsa cioè della bilirubina, prodotto chimicamente più elevato, nei casi in cui sia avvenuta l'ostruzione del coledoco, e quindi, d'un aggravamento della malattia del fegato.

Neppure la teoria epatogena poi dell'urobilina non regge, poichè è dimostrato che anche nei processi emolitici si riscontra urobilina nell'urina; Essa proviene sempre dalla preesistente bilirubina. Herscher ritiene che sede di produzione dell'urobilina sieno i reni che avrebbero il potere di trasformare la bilirubina in urobilina, e ciò perchè non avrebbe trovato mai urobilina, ma sempre bilirubina nel siero del sangue di individui urobilinurici. Ma tale reperto si deve a difetti di metodi di ricerca ed al fatto che i reni lasciano filtrare l'urobilina anche se in minime traccie, mentre la bilirubina non passa attraverso il filtro renale che quando si trova accumulata nel siero in una certa quantità. Può avverarsi che anche nei dotti biliari medesimi si abbia produzione di urobilina per intervento dei batteri che riducono la bilirubina.

In teoria, adunque, l'urobilina potrebbe prodursi anche nei tessuti per processo di riduzione, ma clinicamente questo non ha importanza.

Può inoltre la bilirubina subire altre modificazioni. Così durante la risoluzione d'un ittero di lunga durata le urine di colore cupo presentano talvolta colla reazione del Gmelin un anello bruno; tale colorazione dell'urina deve essere dipendente da un pigmento biliare modificato, modificazione che deve avvenire nei tessuti ove il pigmento si è depositato. Questa modificazione della bilirubina potrebbe essere pure la causa del colorito bruno sporco della cute che talvolta si osserva negli itteri di lunga durata. Gubler pretende di avere trovato l'emofeina anche nel sangue, ma non può ancora decidere se l'emofeina sia una sostanza pigmentaria semplice e quale essa sia.

Il passaggio dell'urobilina nell'urina si concepisce facilmente dopo quanto abbiamo esposto sulla genesi della medesima. Normalmente l'urobilina, anzi la leucourobilina, viene passata dalle feci nel sistema della porta e giunge al fegato ove si arresta. Il fegato ne cede una parte alla bile, ma per la massima parte però se ne serve per la produzione della bilirubina, e così pure trattiene la bilirubina che fosse contenuta nel sangue. L'urobilina passa nel circolo sanguigno e viene secreta dai reni e rinvenuta negli essudati solo quando il fegato non è più in grado di assorbirla: quindi l'urobilinuria è indice di alterata funzione epatica. Così nell'ittero da stasi le cellule si sovraccaricano di bilirubina e perdono perciò l'affinità per l'urobilina che passa dal sistema della porta attraverso il fegato nel circolo sanguigno ove si viene ad accumulare anche la bilirubina quando il fegato non può più riceverla tutta. Anche nelle affezioni epatiche in cui l'ittero non costituisce un sintoma essenziale come nel fegato cirrotico, in quello da stasi e specialmente nelle malattie che si accompagnano ad una emolisi, si spiega l'urobilinuria allo stesso modo, cioè colla stasi meccanica della bile. Ma in queste affezioni si tratta anche di lesioni primitive parenchimatose del fegato che contribuiscono a renderlo incapace di assorbire l'urobilina.

L'urobilinuria adunque ci avverte con sicurezza che si ha che fare con una lesione del fegato, ma non ci illumina sulla natura del processo morboso. Il decorso clinico, però, e l'osservazione accurata permettono in generale di stabilire se la lesione risiede nel fegato medesimo o no, o se si tratta di una lesione funzionale od anatomica di esso. L'urobilina ha un significato diagnostico simile a quello della bilirubina, e sta dunque a dimostrare l'alterata funzione epatica e ne è un sintomo prezioso. La sua assenza poi nell'urina di un itterico, dimostrando che il coledoco è ostruito, acquista un importante significato prognostico, poichè indica per tempo la necessità di intervenire chirurgicamente, ciò che permette a sua volta di formulare un prognostico favorevole della malattia. BELOSERSKY.

Pigmento ematico nelle urine dei malarici.

Giornale di Medicina Militare, fascicolo I-II, 1912 per il dott. SALVATORE, capitano-medico.

Recentemente l'Urriola ha osservato costantemente nelle urine dei malarici un pigmento ematico caratteristico, proprio ed esclusivo della malattia, qualunque ne sia la forma, che

nell'urina stessa, come nel plasma sanguigno, si presenterebbe sotto quattro aspetti diversi: o di granuli assai fini, quasi sempre aggruppati in numero più o meno considerevole, o di granuli un po' più grandi ed ugualmente raggruppati, o di grandi masse polimorfe, od infine di granuli inclusi in placche ialine, od entro leucociti. Soggiunge infine che si riscontrerebbero pure così nel plasma sanguigno come nell'urina dei granuli assai rari di pigmento bleu, sia liberi, sia inclusi in placche ialine, od entro cellule di epitelio vescicale; ed infine qualche volta delle masse, o dei granuli di pigmento color ocra.

Dopo aver rapidamente e diligentemente passate in rassegna le opinioni degli autori sulla genesi e sulla natura del pigmento ematico, intorno alle quali non regna la maggior concordia, il Salvatore si propone di rispondere a tre quesiti:

a) questo pigmento si trova costantemente nell'urina dei malarici?

b) si può considerare come patognomonico della infezione?

c) di che natura è?

L'autore ha potuto compiere le sue ricerche in cinquanta malarici, con le manifestazioni più varie, e in numerose altre forme morbose.

Eccone in breve le conclusioni:

1° Nelle urine dei malarici si trova costantemente un pigmento ematico di un colore nero-azzurro intenso, abbondante, ed un'altra specie di pigmento ocraceo occasionale.

2° Questi due pigmenti, probabilmente diversi, esistono anche nelle urine di altri infermi in preda ad affezioni, in cui, come nella malaria, sono state già riscontrate emolisine nel sangue, o dove è presumibile la loro presenza.

3° Di essi l'uno, cioè quello di color nero-azzurro intenso, con riflessi metallici, sembra essere costituito da ematina, mentre l'altro di color ocraceo, sarebbe identico alla emosiderina del Neumann.

4° In conseguenza di quanto precede, contrariamente a quel che afferma l'Urriola, non si possono considerare come patognomonici della infezione palustre.

Di guisa che nei casi ardui, in cui non si riesca a dimostrare nel sangue la presenza dei parassiti specifici, la diagnosi di malaria riposerà sempre sui vari sintomi propri della malattia, che, secondo la frase felice del Clinico romano « servono tutti in un'abile considerazione clinica sintetica alla diagnosi, nessuno essendo per sè patognomonico ».

Il lavoro, che Salvatore ha condotto con molta precisione ed accuratezza nella Clinica medica di Roma, contiene note di tecnica, minute e rigorose, sul procedimento seguìto per la ricerca microscopica e per la raccolta del pigmento dalle urine, come pure per riconoscerne la natura.

P. C.

CHIRURGIA.

L'effetto della legatura dell'arteria iliaca comune sulla circolazione e la funzione dell'estremità inferiore.

(W. S. HALSTED. *J. Hopkins Hospital*, 1912).

Nel periodo che va dal 1880 al 1912 l'arteria iliaca comune è stata legata una trentina di volte, sia per frenare un'emorragia, sia per curare aneurismi. Fu legata per la prima volta 100 anni fa da William Gibson in seguito ad una ferita da arma da fuoco di detta arteria. Il paziente morì 15 giorni dopo l'operazione. Nel 1827 Valentine Mott legò per la prima volta, e in circostanze eccezionali, l'arteria iliaca comune in un caso di aneurisma dell'iliaca interna. Il paziente guarì perfettamente.

Da allora fino al 1859 la legatura dell'iliaca primitiva fu ripetuta 32 volte, come si rileva dalla statistica di Smith.

Lo stesso Smith divide questi interventi per gruppi:

1° arresto di emorragie;

2° cura di aneurismi;

3° cura di tumori pulsanti (di solito tumori maligni);

4° per prevenire le emorragie nell'estirpazione di tumori.

Di 11 casi appartenenti al primo gruppo, 9 morirono per emorragia primaria o secondaria, ed uno per peritonite (91 %), uno solo guarì. Al secondo gruppo appartengono 15 casi di aneurisma: di questi cinque sopravvissero, dieci morirono, mentre non si conosce il risultato dei rimanenti due casi. Questo gruppo comprende un numero di guarigioni superiore a quello degli altri gruppi. Lo Smith fa notare che la gangrena dell'arto inferiore è molto più rara che nei casi di aneurismi in cui fu legata l'iliaca esterna.

Alla statistica di Smith segue quella di Kümmel, che comprende una serie di trenta legature dell'iliaca comune nel periodo compreso tra il

1860 e il 1880, anno in cui l'antisepsi comincia ad entrare in chirurgia. Da allora fino ad oggi questa operazione è stata fatta quasi sempre allo scopo di frenare delle emorragie gravi, o di guarire gli aneurismi iliaci o inguinali.

In un caso di aneurisma ileo-femorale, l'A. pose attorno all'iliaca primitiva una striscia di alluminio in modo da interrompere la pulsazione del sacco aneurismatico. Il paziente dopo tre anni e mezzo dall'operazione sta ancora bene; egli accusa soltanto un po' di debolezza dell'arto inferiore, corrispondente al lato dell'operazione e qualche dolore nel camminare.

In cinque dei 32 casi di legatura dell'iliaca comune, riportati nella statistica di Smith, si ebbe gangrena del piede o della gamba, ma solo in un caso la gangrena può essere direttamente attribuita alla legatura dell' arteria. Kümmel, nella sua rivista che va dal 1860 al 1880, riporta altri cinque casi di gangrena, consecutivi a 16 operazioni sull'iliaca primitiva per aneurismi. Dal 1885 al 1895 poi sono riportati altri due casi di gangrena. Ma spesso questa si dovette o fu favorita da altre circostanze. In due casi la gangrena erasi manifestata prima della legatura della iliaca primitiva. In un altro caso il processo gangrenoso si limitò alla ferita operatoria, già sede di una grave infezione.

In un caso di Kümmel furono legate l'iliaca comune, l'iliaca esterna due volte, l'epigastrica profonda, la circonflessa iliaca, la femorale tre volte, senza che si producessero segni di gangrena. Questa insorse solo dopo un'ulteriore legatura di alcuni vasi appartenenti alla femorale profonda. In altri casi la gangrena fu favorita sia dall'infezione che da emorragie consecutive. Così che solo in due casi, quello di Lange e di Cranwell, la gangrena può essere direttamente attribuita alla legatura dell'iliaca primitiva; ciò che, su trenta operazioni raccolte nella statistica dell'A., farebbe un totale del 6.5 %.

Il pericolo di gangrena varia molto con la legatura dell'uno o dell'altro dei vasi principali di un arto. In generale si può dire che i pericoli della legatura sono minori per le arterie di calibro più ampio e più vicine, entro certi limiti, al cuore. Così, per esempio, la legatura della succlavia è assai meno pericolosa di quella della ascellare e dell'omerale. Non s'è mai osservata gangrena in seguito alla legatura dell'aorta addominale, mentre s'è avuta dopo la legatura della iliaca primitiva, e molto più frequentemente dopo quella dell'iliaca esterna e della poplitea. Questo fatto, che può sembrare a tutta prima, paradossale, è spiegato da che la circolazione collaterale si stabilisce più facilmente là dove la pressione sanguigna è maggiore. Per il ripristino di una sufficiente circolazione, dopo legatura della iliaca comune, sembrano avere grande importanza l'arteria epigastrica profonda, la circonflessa iliaca e le numerose anastomosi tra le due arterie iliache interne.

Ad evitare il pericolo della gangrena, la legatura di un'arteria importante potrebbe, ed è stata sostituita da un'occlusione parziale. L'A. si è servito per restringere il calibro del vaso, di bande metalliche. Egli ha trovato però, sperimentando sui cani, che dopo un certo tempo si aveva una scomparsa completa del lume. Nella aorta invece, data la forte pressione, il lume vasale non scompare: che anzi, dopo qualche tempo, le pareti arteriose, in corrispondenza della lamina metallica, tendono a usurarsi e a rompersi. Ciò non accade, ponendo attorno all'aorta, un segmento di aorta preso da un altro cane, come ha fatto l'A. Dopo un periodo di qualche mese egli ha notato un forte impicciolimento, circoscritto a quel dato tratto, del calibro arterioso.

Non è cosa facile, dai dati, che sin qui abbiamo, dedurre conclusioni certe sul valore funzionale dell'arto dopo la legatura dell'iliaca primitiva. Troppo spesso delle circostanze indipendenti dalla legatura intervengono a complicare i risultati prossimi e remoti di detta operazione, e spesso gli ammalati sono perduti rapidamente di vista. Così, nella statistica di Smith (32 casi), sette operazioni dettero buoni risultati funzionali, e, di queste, cinque furono fatte per aneurismi. Altri due risultati favorevoli appartengono alla lista di Kümmel. Ma di tutti questi, uno solo potè essere seguito per 14 mesi. Dei 37 casi di legatura dell'iliaca comune appartenenti al periodo antisettico della chirurgia 14 morirono, sette ebbero gangrena, gli altri nove, all'infuori del caso dell'A., furono seguiti per un periodo di tempo troppo breve, perchè i risultati ottenuti possano dirsi stabili. Quanto alla mortalità, da una statistica globale di tutti i casi, si vede essa rappresentare l'81.3 % nelle legature fatte per arrestare delle emorragie; il 70 % e il 46.6 % nelle legature fatte a scopo di cura negli aneurismi rispettivamente nel periodo settico e antisettico della chirurgia.

Da un'analisi accurata di tutti questi casi di mortalità si può dedurre che l'esito letale avrebbe potuto molte volte essere evitato, se l'iliaca primitiva fosse stata prima temporaneamente compressa, e lo stato del vaso e dell'aneurisma ben messo in evidenza.

A. CHIASSERINI.

NEUROPATOLOGIA.

Mielite migrante.

(BING. *Med. Klinik*, 1912, n. 50).

L'A. illustra un caso assai interessante e che, a quanto egli sa, è finora unico nella letteratura. Si tratta di un ingegnere di 30 anni, robusto e perfettamente sano. Questi, nel febbraio 1911, fu ferito all'alluce sinistro da un chiodo arrugginito; gli venne praticata, a scopo profilattico, una iniezione di siero antitetanico; il decorso della lesione fu rapidamente favorevole. Il 13 marzo, per necessità inerenti alla sua professione, dovette lavorare una intera notte immerso nella fredda acqua del mare. Il 17 marzo comparve una lieve angina che guarì in 3 giorni. Il 28 marzo il paziente notò, all'alzarsi dal letto, una evidente debolezza in entrambi gli arti inferiori, questa debolezza si fece più grave nei giorni seguenti, e il 31 marzo si aggiunse ad essa una completa ritenzione delle urine e delle feci; comparve anche un violento dolore sacrale, che però si dileguò rapidamente. Un medico constatò scomparsa dei riflessi rotulei e disturbi della sensibilità cutanea estendentisi in alto fino alla cintura. La temperatura non superò i 38°.5, e il 3 aprile tornò del tutto normale; mentre invece rimasero stazionari i disturbi del sistema nervoso. L'A. fu consultato dal paziente il 29 aprile e riscontrò i fatti seguenti: Coscienza lucida; non cefalea; temperatura 37°.4; polso 74; nulla a carico degli organi interni; normale la motilità, la sensibilità e i riflessi al capo, al collo, agli arti superiori. Erano fortemente paretici tutti i muscoli degli arti inferiori e presentavano reazione degenerativa parziale di lieve grado; esisteva spiccata diminuzione della sensibilità dolorifica e termica nel territorio cutaneo corrispondente alle prime tre radici lombari; il riflesso rotuleo era a destra debole, a sinistra appena accennato; conservati gli achillei; positivi in ambo i lati i fenomeni di Babinski e di Oppenheim; scomparsi il cremasterico e gli addominali; esisteva impotenza e ritenzione di urina e feci, ma era ben conservata la sensibilità nella mucosa dell'uretra e del retto e nella cute della regione perianogenitale; nella metà inferiore del torace il paziente avvertiva senso di costrizione e parestesie a carattere urente. L'esame dell'orina fece constatare la esistenza di una cistite.

L'A. diagnosticò trattarsi di esiti di una mielite lombo-sacrale, e consigliò, oltre alla cura della cistite, un trattamento elettroterapico della vescica e degli arti inferiori, e iniezioni di fisostigmina.

Nei giorni seguenti si constatò un notevole miglioramento nei disturbi motori e sensitivi e una maggiore evidenza dei riflessi patellari. Ma il 27 aprile il paziente accusò parestesie al cavo ascellare e al lato interno degli arti superiori, e senso di costrizione nella metà superiore del torace; in queste regioni non esistevano disturbi obbiettivi della sensibilità, ma si riscontrò una evidente diminuzione della sensibilità dolorifica e termica nella metà inferiore del torace. Questi fatti furono interpretati come un indizio che il processo morboso tendeva a estendersi verso l'alto.

Il 2 maggio il paziente potè emettere spontaneamente le urine e le feci; negli arti inferiori la forza aveva notevolmente migliorato ed erano quasi del tutto scomparsi i disturbi della sensibilità. Ma il giorno seguente l'infermo riferì di notare in ambo gli arti superiori, oltre ad un intenso prurito, una spiccata debolezza motoria. Il 4 maggio si osservò un rapido aumento della temperatura, fino a 39°.5; fu rilevata inoltre una evidente paresi degli arti superiori, con diminuzione dei riflessi. Nei giorni seguenti la temperatura tornò al normale; ma il paziente accusava intensi dolori alle spalle e alla nuca, e l'esame abbiettivo mostrò esistere una zona di diminuita sensibilità dolorifica e termica in corrispondenza delle mammelle e del lato interno degli arti superiori.

L'8 maggio il paziente si lagnò di vivo dolore alla nuca e al capo; accusò inoltre una sensazione penosa all'epigastrio, sensazione che l'A. riferisce al diaframma, tanto più che essa fu accompagnata da violento singhiozzo; le spalle, la nuca e il collo erano sede di vivo prurito. Mentre comparivano tali disturbi migliorava sempre più la funzionalità negli arti inferiori e avveniva sempre meglio la emissione dell'urina e delle feci, erano scomparsi i fenomeni di Babinski e di Oppenheim e la reazione degenerativa, ed erano tornati al normale i riflessi rotulei.

Malgrado il miglioramento nei sintomi a carico degli arti inferiori il decorso della malattia giustificava il timore che la lesione si estendesse al midollo allungato. Tenendo conto dei risultati

favorevoli ottenuti in casi di sepsi chirurgica, l'A. credette opportuno tentare le iniezioni di olio canforato ad alte dosi. Presto si rilevò un miglioramento (conseguenza della cura o semplice coincidenza ?) che andò facendosi sempre più evidente. Iniezioni di stricnina, bagni carbonici, galvanizzazioni, ecc., completarono la cura, sicchè il paziente potè dirsi, l'8 giugno, completamente guarito; solo la potenza sessuale non era ancora perfetta.

Durante la degenza fu praticato l'esame del liquido cefalo-spinale, ed esso fece rilevare una linfocitosi. La reazione di Wassermann risultò negativa.

Questo caso presenta, quale carattere speciale, il simultaneo guarire della lesione in territori primitivamente affetti, e il progredire di essa verso territori situati più in alto. Non si tratta quindi di una mielite ascendente, ma di una mielite che, per analogia con quanto si osserva in casi di erisipela, l'A. denomina « migrante ».

V. FORLÌ.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ambulatorio per malattie nervose e mentali in Roma.
Direttori: prof. G. MINGAZZINI e prof. A. GIANNELLI.

Osservazioni sopra un caso di morbo di Parkinson

per il dottor A. DENTI DI PIRAINO.

Riferisco un caso di morbo di Parkinson che presenta qualche interesse sia per la relativa precocità di comparsa, sia per la non frequente concomitanza di fattori etiologici.

S... S..., da S. Vito Romano, contadino, di anni 45. — È ammogliato con quattro figli viventi e sani: la moglie ha avuto un aborto all'ottavo mese di gravidanza. Il paziente nega di aver mai contratto lues: ammette di esser stato, fino a tre o quattro anni fa, forte bevitore, ora beve moderatamente. Nessuna tara ereditaria è apprezzabile; nell'anamnesi remota nessun fatto degno di nota. L'attuale malattia si iniziò, dopo un trauma cui si associò una violenta emozione, nove anni or sono, quando, cioè, il paziente aveva 36-37 anni d'età: un pacco di polvere da sparo gli bruciò nelle mani, mentre, nell'immediata vicinanza, esplodeva una mina. Riportò ustioni alla mano sinistra e si bruciò i baffi e le ciglia: a causa delle scottature, dovette stare per venticinque giorni a letto. Il paziente narra che, pochi giorni dopo l'infortunio, durante la notte, fu colto da uno « sturbo », sul quale però non sa dare ragguagli, che durò quattro o cinque minuti.

Era ancora degente per le scottature (circa 20 giorni dopo il trauma) quando notò che, protendendo la mano offesa nell'atto di chi giura, sorgeva in essa un lieve tremore, il quale cessava appena la mano tornava in riposo. Nè allora, nè in seguito vi furono fenomeni subbiettivi. Dopo due o tre mesi, il tremore comparve anche negli stati di riposo: si diffuse a tutto il braccio aumentando sempre d'intensità: da un anno si è manifestato anche all'arto inferiore dello stesso lato, e da circa sette mesi ha invaso il braccio destro.

Due anni fa durante una intensa cura stricninica, ebbe fugaci fenomeni di diplopia che scomparvero diminuendo la dose di stricnina. Raramente il paziente ha avuto cefalea, la quale nell'estata scorsa è stata insistente ed a tipo nettamente vespertino.

Ora accusa debolezza generale, come « se fosse stato bastonato »; esponendosi al freddo avverte dolore nelle ossa, dolore che cessa se si riscalda. Da circa un anno, dopo aver faticato, « le palpebre gli si fanno pesanti e gli si chiudono gli occhi ». Talora avverte come un senso di « legatura » ai ginocchi che si attenua e scompare col movimento. Spesso suda profusamente e sproporzionatamente alla temperatura ambiente. Orina frequentemente, ma senza difficoltà. Alvo regolare. Normale il potere sessuale.

Esame obbiettivo — Atteggiamento caratteristico del capo e del tronco: non tremore del capo. Oculomozione mono e bioculare normale; lieve tremore dei muscoli periorali nell'atto di mostrare i denti. Normale l'innervazione della lingua. Tutti i movimenti attivi e passivi degli arti sono possibili; ma, specialmente quelli passivi, risentono (massimamente nel braccio sinistro) una limitazione a causa di un'ipertonia muscolare notevole: il dinamometro segna 15 bilateralmente. Negli arti superiori si osserva un tremore, più spiccato a sinistra che a destra caratterizzato da oscillazioni uniformi frequentissime ampie: 3-4 al secondo che raggiungono la maggiore intensità nelle mani e negli avambracci; sono in senso laterale e più raramente dall'alto in basso: non esiste il movimento di contar monete. Mano interossea classica, a sinistra più accentuata che a destra. Le oscillazioni suddette sono minori se il paziente è tranquillo, aumentano quando il paziente è preso da qualche stato emotivo; non aumentano nei movimenti attivi, anzi diminuiscono, e non cessano nel riposo degli arti. Rotulei ed achillei pronti ed eguali: evocando l'achilleo di sinistra, si ha contemporaneamente contrazione del bicipite della coscia.

Babinsky negativo bilateralmente: tendenza al ventaglio al lato sinistro. Oppenheim negativo a sinistra, dorsale a destra. Cremasterici, addominali, epigastrici assenti. Tendinei superiori vivaci. Iridei pronti alla luce e all'accomodazione. Non Romberg.

Sensibilità tattile, dermica e dolorifica normale. Pallestesia normale. Stereognosia normale. Retropulsione manifesta. Non antero o lateropulsione. Dermografia netta e persistente, vasospastica in primo tempo, vasoparalitica in seguito.

Eccitabilità muscolare pronta, sopratutto nella regione glutea destra. Non noduli di Schiff. Dolorosa la pressione sui tronchi nervosi periferici e sulle docce paravertebrali. Craniopercussione non dolorosa.

Nulla a carico dell'apparato vasale. Polso: 74.

Il caso surriferito, se pure non è da porsi tra le rarissime forme di paralisi agitante giovanile, (Seeligemüller nel suo trattato cita due casi nei quali la malattia si iniziò all'ottavo-nono anno di età) è sempre notevole per la precoce comparsa della malattia (36-37 anni). Per quanto il morbo di Parkinson compaia negli uomini ad un'età meno avanzata che nelle donne, pure è raro vederlo insorgere prima dei 40-45 anni. Nella sua recentissima monografia, l'Alessandrini, tra i numerosi casi citati, ne riferisce solo sei nei quali il morbo s'iniziò prima del quarantesimo anno d'età; facendo notare inoltre come molti dei casi precoci esistenti nella letteratura siano poco attendibili, perchè descritti in un'epoca in cui i criterî diagnostici della paralisi agitante non erano ancora stabiliti nettamente.

Ma il maggior interesse di questo caso è dato dalla sua duplice etiologia. L'importanza dello shock nervoso considerato come fattore determinante del morbo di Parkinson, è universalmente riconosciuta: così si spiegano i numerosi casi di paralisi agitante verificatesi a Parigi al 70, durante l'assedio, citati da Hirt, e quelli osservati a Roma al 91, dopo la scoppio di una polveriera, citatî da Alessandrini.

È, invece, tuttora discussa l'importanza etiologica del trauma: vi è chi lo considera non un fattore vero e proprio, ma una semplice coincidenza: che una semplice coincidenza non sia, lo dimostra il fatto che il tremore nella grande maggioranza dei casi (ed anche nel caso presente) si inizia nella parte offesa (Gowers). Altri ritengono che il trauma possa solo mettere in evidenza i sintomi di un Parkinson fino allora latente: ciò è da escludersi per quanto riguarda il caso nostro, perchè il paziente mai, prima del trauma, aveva notato tremore, o accusato debolezza o rigidità al braccio sinistro. Nè è da ammettersi qui l'opinione di Naudier e Sachs: che, perchè il trauma agisca come fattore determinante, sia necessaria una tara ereditaria: poichè nulla di notevole presenta, in questo senso, il gentilizio del nostro malato. Ma, d'altra parte troppe sono le osservazioni antiche (Krafft-Ebing, v. Górski, Léva, Bychowski) e recenti (Forster e Léwy nel recentissimo Trattato del Lewandowsky), per non dare grandissima importanza al trauma come fattore etiologico.

Nel caso riferito, all'ustione alla mano, va unito lo spavento per l'inaspettato scoppio della mina vicina e per l'improvvisa combustione del pacco di polvere che il paziente aveva in mano: abbiamo dunque due dati etiologici distinti: trauma somatico e shock nervoso. Nè è da pensare che quello abbia agito in forza di questo, come qualche osservatore sospetta talora avvenga (Gelli), perchè il trauma può determinare la malattia anche quando non è accompagnata da spavento alcuno (Walz): si tratta solo, e questo è il precipuo interesse del caso, di una concomitanza di etiologie. Tale concomitanza di fattori etiologici non si dà frequentemente: solo un caso ne ha osservato, e lo riporta nella sua monografia, l'Alessandrini: si trattava di un individuo inseguito e buttato per terra da un toro infuriato, individuo che, subito dopo cominciò ad avvertire debolezza e rigidità al braccio sinistro, cui seguì tremore, ecc.

È impossibile, naturalmente in questo e in simili casi, stabilire quale dei due fattori abbia maggiormente contribuito a far insorgere la malattia: questi casi sono solo degni di nota per la loro relativa rarità e servono a confermare quanto scrisse Erb (nel Trattato di Leyden e Klemperer): « sembra indubitato che essi (trauma e shock nervoso) possano costituire il punto di partenza della paralisi agitante, specialmente quando agiscano insieme ».

Roma, febbraio 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 17 marzo 1913.

Pasini A. *Cutis verticis gyrata.* — L'A. presenta un caso di « cutis verticis gyrata » in una donna di 65 anni, localizzata al sincipite, con intumescenze e solchi alternantisi. Il presente è il primo caso descritto di detta alterazione nella donna. L'alterazione anatomicamente è rappresentata da una iperplasia consecutiva a processi infiammatori lenti svoltisi nel cuoio capelluto. La singolare distribuzione delle alterazioni sembra dipendere da una speciale costituzione anatomica della parte. L'alterazione non corrisponde pertanto ad un nevo ma ad una malattia vera e propria che ha la causa predisponente in speciali condizioni anatomiche del sincipite e la causa efficiente in processi flogistici lenti con esito in iperplasia connettivale del corpo papillare e del derma superficiale.

Maiocchi. *Contributo alla cura operatoria delle emorroidi.* — L'A. dopo di aver passato in rivista critica la legatura, la cauterizzazione e la resezione cruenta totale della zona emorroidaria, presenta una statistica propria dalla quale risulta

come ciascuno dei metodi anzidetti può avere indicazioni proprie ben definite. Soffermandosi sulla resezione cruenta totale prende specialmente in considerazione il metodo dello Whitehead del quale annovera le critiche, che furono fatte, e gli inconvenienti.

Termina esponendo un procedimento proprio, che egli usa da due anni con buoni risultati.

Questo metodo ha il vantaggio di permettere la ampia resezione del manicotto emorroidario con minima perdita di sangue e con esiguo traumatismo.

Consiste nella esteriorizzazione del manicotto mediante divulsione digitale: il manicotto viene preso, sostenuto da quattro pinze ad anelli che lo dividono in quattro segmenti: ciascun segmento è stretto alla sua base con apposite pinze rette; al disotto dei morsi di ciascuna pinza e rasente ad essi viene eseguita una sutura a catena. Indi la plica emorroidaria viene staccata con un colpo di forbice e tolta la pinza.

La stessa operazione eseguita sui quattro segmenti, permette l'allontanamento del manicotto emorroidario nella sua totalità senza emorragia e con grande semplicità. Gli esiti lontani furono soddisfacentissimi.

V. Samarelli. *Sopra un caso di ernia otturatoria strozzata.* — Relazione di un caso personale di ileo da ernia otturatoria destra strozzata, operato e guarito.

L'A. fa rilevare la rarità della forma patologica, la difficoltà di una esatta diagnosi clinica, ed espone alcune considerazioni di ordine anatomico, clinico e terapeutico.

Mirto. *Esperimenti di cura medica con un nuovo mezzo, del metrocarcinoma inoperabile.* — L'O. coll'obbietto di modificare il ricambio delle carcinomatose nella speranza di influenzare anche il terreno sul quale il tumore si sviluppa, ha provato ad iniettare in pazienti di metrocarcinoma inoperabile soluzioni in glicerina di biborato di sodio e di biborato di chinina.

Sono state così curate 14 ammalate di cui tre recidive, dopo operazioni demolitrici, tutte in stato grave con avanzata cachessia e perdite fetenti.

Nelle non operate alla 6ª-2ª iniezione le perdite si sono modificate ed hanno perduto completamento il fetore caratteristico: i dolori si sono di molto attenuati, lo stato generale è migliorato, il peso, tranne che in due, è aumentato di 1 a 5 kg. in due mesi, l'idremia è diminuita.

Nelle operate questi fatti sono stati meno sensibili e si sono ottenuti dopo più lungo tempo, in una non si è osservato alcun sensibile miglioramento.

Sul tumore ancora non si è osservato alcun fatto degno di speciale menzione, se si eccettua l'eliminazione di qualche frustulo, ed una maggiore tendenza a sanguinare.

Da questi primi risultati non si possono trarre conclusioni. Gli studii continuano.

C.-B.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 30 marzo 1913.

A. De Giovanni. *Corollari di mofologia clinica.*

P. Pennato. *La reazione di Wassermann nel brefotrofio.* — L'O. avendo in una precedente comunicazione dimostrato l'importanza e la praticità della reazione di Wassermann nel brefotrofio, e la necessità di ulteriori ricerche, riferisce i risultati delle osservazioni praticate nel biennio 1911-1912 nel brefotrofio di Udine. Sul complesso di 338 neonati, ebbe 13 reazioni positive e 325 negative, e conclude che la reazione fortemente positiva può accompagnarsi con sintomi clinici di sifilide e anche con sintomi nulli; che la reazione negativa nella madre non esclude la sifilide del bambino; che a reazione fortemente positiva corrispondono segni anatomici di lue; che la reazione debolmente positiva non è sicuro indizio di lue; che la reazione positiva dura un tempo variabile; che la reazione negativa incoraggia a permettere l'allattamento naturale; che la bassa percentuale dei risultati positivi non è sicura dimostrazione di poco valore probativo diagnostico della reazione.

A. DIAN.

Società Eustachiana di Camerino.

Seduta di marzo 1913.

Presidenza: prof. **A. Ferrannini**, presidente.

Prof. **G. Gallerani.** *Ulteriori ricerche sul meccanismo di azione della colina rispetto alla pressione endovasale.* — In queste ulteriori ricerche l'O. si è maggiormente convinto dei fatti osservati precedentemente, cioè che il nervo depressore cardiaco, oltre ad influire sulla frequenza dei battiti cardiaci e sulla pressione endovasale, ha azione anche sulla funzione della espirazione.

Quest'ultimo fatto non era stato messo in evidenza da altri, prima delle indagini dell'O. Servendosi della colina l'O. prescinde dalla impurità e dalla alterabilità di questa sostanza. Con la colina Merk l'O. ha veduto che, quando per sua azione nel coniglio si presentano bradicardia e ipopressione arteriosa, coesiste nel respiro un sovreccitamento della fase espiratoria; allora basta tagliare il nervo depressore di Cyon, per vedere immediatamente ristabilirsi la pressione endovasale e la frequenza dei battiti cardiaci e nel tempo stesso cessare il predominio della fase espiratoria. Questo ritorno alla norma delle fasi respiratorie è preceduto da un periodo di squilibrio o di transizione, durante cui la curva respiratoria mostra delle grandi ondate di sovreccitamento e di depressione, come prova di una serie di oscillazioni del tono respiratorio, che era stato bruscamente perturbato dal sovreccitamento del nervo di Cyon, indotto dalla colina.

Anche la pressione endovasale può mostrare queste oscillazioni, prima di tornare alla norma, dopo il taglio del depressore.

Prof. **G. Pacinotti**. *Il micrococcus catharralis come causa di foruncoli ed eczemi del naso e delle labbra.* — Sinora il *micrococcus catharralis* era stato rinvenuto associato con altri microbi nell'escreato di bronchiti catarrali o purulente Invece l'O. l'ha rinvenuto, in cultura pura senza l'associazione di stafilococchi o di streptococchi, in parecchi casi di follicoliti purulente, di foruncoli, di eczemi del naso e delle labbra.

Il *micrococcus* è stato identificato dall'O. con criteri batterioscopici e culture, oltre che con le inoculazioni in vari tipi animali (topolini, cavie, conigli). Siccome trattasi di un microrganismo, spiccatamente aerobico, non fa meraviglia che esso vegeti a preferenza sulla mucosa del naso e delle vie aeree superiori, inducendo infiammazione e purulenza in quella mucosa e nello apparato pilosebaceo annesso. Il micrococco isolato presenta netta la morfologia di cocchi, disposti a coppie ed ognuno dei quali è rotondo, a differenza della forma lanceolata del diplococco di Talamon-Fränkel e della forma a chicchi di caffè, propria del gonococco; dippiù, a volte si è presentato libero negli essudati dell'eczema o delle follicoliti purulente, a volte ha mostrato la disposizione intracellulare, nel seno dei leucociti, degli epiteli, dei globuli di pus.

Prof. **R Luzzatto.** *La glicosuria da nefriti tossiche.* — Mette in evidenza particolari relazioni che esistono tra lesioni renali sperimentali e comparsa della glicosuria; distingue nettamente il decorso della glicosuria nelle nefriti prevalentemente vascolari e in quelle prevalentemente tubulari. Si trattiene specialmente su due forme di glicosuria da lesione renale da lui illustrate per la prima volta, ossia la glicosuria da tellurati e da aloina.

Alberto Mastragostino. *Sull'applicazione del nitrato e dell'acido cloridrico per l'analisi dell'indacano.* — Nel 1911 M. Barberio ha proposto una modifica al metodo di Jaffé-Obermayer per la ricerca qualitativa dell'indacano nell'urina, sostituendo il nitrato di sodio al percloruro di ferro nella soluzione cloridrica. Con questa modifica il saggio Jaffé-Obermayer riuscirebbe più sensibile. Le indagini dell'O. compiute nella Clinica medica (diretta dal prof. A. Ferrannini) saggiando per ogni urina parallelamente la modifica di Barberio e l'antica reazione Jaffé-Obermayer, hanno provato che questa ultima si mantiene superiore come sensibilità, in modo molto spiccato. All'uopo l'O. mostra vari saggi di urine in cui attua parallelamente le due reazioni.

Prof. **Luzzatto**. — Ricorda che l'acido nitrico, il quale si svolge dal nitrato di sodio in soluzione cloridrica, può produrre nella orina composti azoici e diazoici combinandosi con le sostanze azotate, tra cui è appunto lo indolo. Così, una parte di questo indolo risulta modificata in modo da sottrarsi alla reazione. Questa sarebbe una ragione chimica per la quale la modifica di Barberio riesce inferiore come sensibilità allo antico saggio di Jaffé-Obermayer.

Ch.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Contributo all' etiologia della paralisi progressiva

per il dott. VITO MASSAROTTI.

Da quando nel 1810 Bayle ha riconosciuta come forma nosografica a sè la paralisi progressiva, la discussione sulla etiologia di questa importante forma morbosa è stata viva e continua. Dove vi è discussione ed investigazione si comprende, che diversi sono i pareri, sino a quando uno di essi non venga universalmente riconosciuto per i suoi indiscutibili dati.

Così, mentre alcuni credono ed asseriscono ben dimostrati i rapporti etiologici fra sifilide e paralisi progressiva, ritenendo l'infezione luetica condizione essenziale e sufficiente per l'insorgere della paralisi progressiva, altri escludono o per lo meno dànno pochissima importanza alla sifilide, ed altri le riconoscono importanza etiologica, ma purchè essa sia coadiuvata da altre cause, alcune predisponenti come l'eredità, ed altre determinanti, come l'alcool, la tubercolosi, ecc.

Le statistiche naturalmente oscillano colle diverse opinioni dal 94 % di sifilide accertata sino all'11 %; così, mentre il Greisdenberg la trovò nel 61.6 %, il Peterson nel 60 %, il Kundt nel 12.9 %, il Bianchi su 87 casi osservati ha constatato 47 volte la sifilide, però accompagnata da altre cause, e solo 12 volte come causa esclusiva; Kraepelin nel 34 % riscontrò lues certa, e così via.

Binswanger ha emesso l'ipotesi, che la paralisi progressiva sia sicuramente il fenomeno consecutivo di un funzionale sopra affaticamento del sistema nervoso centrale e specialmente della corteccia cerebrale; Bianchi asserisce non potersi disconoscere nell'abuso delle bevande alcooliche un potere genetico che quasi uguaglia quello della sifilide, ed ammette un grande valore patogenetico all'artritismo come causa delle alterazioni vasali; Mairet e Vires anch'essi dànno una grande importanza alla eredità artritica nel senso di Bouchard, nonchè a quella alcoolica, assegnando un valore assai piccolo alla sifilide, e Näche ha persino parlato di paralitici nati. Mentre Fournier ha considerata la paralisi progressiva sempre di origine sifilitica, Kraepelin non ammette dubbio del rapporto tra sifilide e paralisi progressiva, pur dando gran valore nell'etiologia alla predisposizione ereditaria; Tschisch asserisce, che con una efficace cura della sifilide si possa impedire il sopravvenire della paralisi progressiva; l'Hirschl pensa a una diatesi sifilitica che insieme alla sifilide darebbe la paralisi progressiva; il Tanzi ammette come fattore etiologico principale la sifilide, e lo Chaslin parla di meningo-encefalite diffusa parasifilitica, ammettendo che la sifilide è necessaria, qualche volta è ereditaria e spesso è coadiuvata da altre cause. Il De Sanctis, nel suo ultimo trattato sulle malattie mentali, crede che la paralisi progressiva si possa concepire come una psicosi subacuta determinata da una combinazione di cause fra le quali domina la metasifilide; secondo lui, non esistono le demenze paralitiche, come vorrebbe Klippel, ma soltanto la demenza paralitica classica e le sindromi paralitiche dell'alcoolismo, dell'arteriosclerosi, della pseudo-paralisi artritica, ecc., che non sono date dall'encefalite *sui generis* che dà la forma classica. Kraft-Ebing riferì di un medico che sotto la sua direzione fece inoculare a nove paralitici il virus sifilitico ed in essi non si ebbero manifestazioni specifiche alcune, e Räche ha riunito 69 osservazioni in cui ambedue i coniugi sono diventati paralitici.

Coloro che negano valore etiologico alla sifilide, adducono come argomenti in favore a detta tesi la mancanza di paralisi progressiva in paesi come l'Africa, ove pure vi è la sifilide. Ma è stato dimostrato che negli arabi europeizzati la paralisi progressiva compare, e ciò spiega tutto, se pensiamo che diversa è la resistenza dei vari organismi e delle varie razze alla stessa infezione, diversa l'influenza del clima, e che presso alcuni popoli mancano quelle cause perturbatrici ed estenuanti date dal progresso del vivere civile, e che sono causa del deperimento del sistema nervoso. Altro argomento è quello che le prostitute dànno poco contingente alla paralisi progressiva; ma esso si ritorce facilmente, se si pensa all'esiguo numero di esse, al fatto, che noi in appresso dimostreremo, che la paralisi progressiva si ha sempre in individui che non hanno fatto adatta cura antisifilitica ed in tempo opportuno. Ora non vi è donna che per più ragioni, legali, di

concorrenza, cognizioni adeguate, mancanza di pudore, abbia interesse a curarsi come le prostitute che sanno di essersi contagiate, mentre le donne di casa del popolo e della media borghesia, per ignoranza o per stupido pudore non si curano, almeno che fenomeni secondari e terziari eclatanti non ve le obblighino. Anche il fatto che alcuni malati mentali abbiano avuto la sifilide e non sieno divenuti paralitici non ha, a mio parere, alcuna importanza, perchè anche un mentale luetico curato radicalmente ed a tempo resterà un mentale, ma non diverrà mai un paralitico. Mentre nelle linee generali e particolari si ha che sifilide e paralisi progressiva vanno di pari passo, onde vediamo che ad esso dà poco o nessun contributo il clero e la donna, mentre l'ufficialità, le professioni liberali, gli artisti, ecc., dànno il maggior contingente.

Come abbiam visto, la maggioranza degli autori è per dare un valore etiologico predominante alla sifilide. Certo, io credo, le discrepanze sono in massima parte dovute al fatto della difficoltà nella raccolta delle notizie anamnestiche fra i malati mentali e le loro famiglie, specialmente trattandosi di statistiche per lo più raccolte in ambienti manicomiali, dove il livello della coltura e dell'interesse alla propria persona è minimo.

Avendo avuto occasione di studiare e di raccogliere la storia anamnestica di un certo numero di paralitici appartenenti alle classi colte ed agiate, mi ha colpito in principio, e poi si è andato sempre più affermando nelle successive ricerche il fatto, che i paralitici da me studiati erano stati tutti luetici, meno pochissimi casi incerti e nei quali però la reazione di Wassermann ha dato risultato innegabilmente positivo, e che tutti o non avevano fatto alcuna cura o ne avevano fatta una scarsa ed incompleta, nei primi momenti e poi lasciata andare perchè credutisi guariti, non avendo avuto altre manifestazioni, o in tempo secondario quando sintomi più gravi sono sopraggiunti, impensierendoli. Tipico fra questi il caso di C... P... comandante di transatlantici, di anni 67, sempre robusto e sano che in una delle sue solite traversate prende la sifilide ; gli viene da un medico consigliata la cura, ma egli sia distratto dalle sue occupazioni, sia perchè non ha avuto sintomi gravi, non ne fa alcuna. Dieci anni dopo scoppia una paralisi progressiva tardiva classica, somaticamente e psichicamente, che in 14 mesi lo uccide. Egli non aveva precedenti ereditari in famiglia, non aveva mai abusato di alcool ed era stato solo discreto fumatore. Era stato sempre bene, meno la « lues » contratta.

Altro caso simile al precedente, quello di V... C..., di anni 63, costruttore, sano, robusto, mai malattie degne di nota, poco alcool, non labe ereditaria.

Prese a 52 anni una infezione sifilitica che dopo poche iniezioni mercuriali fu trascurata, come egli asseriva, sia perchè non gli aveva dato altre manifestazioni, sia per la difficoltà di curarsi temendo se ne avvedesse la moglie. Dieci anni dopo è scoppiata una paralisi progressiva classica con tutto il corteo somatico ed il classico delirio di grandezza, fatuità della condotta, ecc., che in 12 mesi lo ha ucciso. In ambedue i casi la reazione di Wassermann è stata positiva e nel V. C. essendosi tentata una energica cura con calomelano non si è avuto cessazioni dei sintomi ma bensì un vero aggravamento.

I casi da me studiati sono stati 35. In tutti si è potuto rintracciare facilmente nell'anamnesi la sifilide, solo in due era incerta ma venne confermata dalla reazione di Wassermann che fu positiva. Di essi, 13 non avevano fatto alcuna cura e 22 fecero cura incompleta; nessuno aveva seguito una cura rigorosa prolungata, razionalmente scientifica. L'alcool l'ho trovato in 5 casi, cioè il 14.28 %; grave labe ereditaria in 18, cioè il 51.42 %; in 10 vi furono altre cause concomitanti, 28.55 %; ed in 7 gravi cause determinanti, 20 %. Abbiamo ben 13 casi in cui, al di fuori dell'infezione sifilitica accertata e non curata, non troviamo nessuna altra causa determinante della paralisi progressiva. In tutti lo scoppio della malattia ha oscillato da 10 sino a 20 anni dopo presa l'infezione, meno il caso di certo C... A..., di anni 30, pittore, con grave labe ereditaria mentale, in cui dopo 3 anni di una gravissima infezione luetica completamente trascurata per il carattere strano dell'individuo, scoppiò una forma violentissima di paralisi che in un mese e mezzo condusse l'infermo alla tomba.

A questo dato di fatto della importanza della sifilide non curata nella paralisi, Kraepelin ha già accennato nel suo trattato quando dice che sono in genere le forme sifilitiche lievi che stanno in rapporto causale colla paralisi progressiva, forse perchè in esse non viene praticata una cura completa. E Cerletti in un suo splendido ultimo lavoro dice, che le alterazioni luetiche dei centri

Infermo	Età — Anni	Tempo tra-corso dall'in-fezione — Anni	Labe ereditaria	Alcool	Cura antiluetica eseguita	*Osservazioni*
U. D. . . .	46	10	grave labe nervosa – degenerazione psico-sessuale	no	incompleta	Vita agitata, patemi di animo - Causa occasionale nessuna.
F. A. . . .	55	20	nessuna labe	no	incompleta	Vita agitata - Wassermann +.
P. A. . . .	37	10	nessuna	no	incompleta	Nervoso, balbuziente - Wassermann +.
A. P. . . .	45	19	padre tabetico alcoolico, tubercolosi in famiglia	no	poche iniezioni mercurio	Occasionale grave dispiacere in ufficio.
P. C. . . .	67	10	no	no	nessuna	Occasionale dispiacere essere mandato a riposo - Wassermann +.
A. U. . . .	48	20	nervosità in famiglia	no	lievissima	Wassermann +.
R. R. . . .	45	17	no	poco	nessuna	Grande lavoro commerciale.
G. C. . . .	42	16	labe grave paterna e materna	no	lievissima	Paralisi infantile - Surmenage intellettuale.
T. G. . . .	50	18	labe paterna - padre alcoolico	poco	solo 45 iniezioni mercurio	Abusi sessuali - Wassermann +.
M. G. . . .	48	12	labe materna	no	nessuna	Surmenage intellettuale - Wassermann +.
S. I.	60	12	grave labe mentale	no	nessuna	Causa occasionale grave dispiacere famigliare - Wassermann +.
G. P. . . .	45	20	no	no	lievissima	Surmenage lavoro - Wassermann +.
M. R. . . .	47	12	labe mentale	sì	solo un anno e scarso	Wassermann +.
V. G. . . .	62	10	labe nervosa	sì	nessuna	Wassermann +.
L. A. . . .	40	13	no	no	nessuna	Surmenage lavoro - Wassermann +.
G. R. . . .	63	15	no	no	incompleta	Causa occasionale grave dispiacere nella carriera.
V. G. . . .	31	15	no	no	nessuna	Carattere epilettico - Wassermann +.
C. A. . . .	30	3	labe mentale	sì	poche frizioni e poi nulla	
M. G. . . .	37	12	no	no	scarsissima	
I. C.	48	15	labe nervosa	sì	nessuna	Nessuna causa speciale.
P. G. . . .	47	13	no	no	nessuna	Grave lavoro commerciale - Wassermann +.
P. A. . . .	46	19	no	poco	cura fatta dopo 10 anni dall'infezione e incompleta	Nessuna causa speciale.
R. U. . . .	26	10	no	no	nessuna	Id.
A. A. . . .	39	10	padre tabetico	no	quasi nessusa	Paure, gravi patemi d'animo.
P. G. . . .	56	20	no	no	incompleta	Nessuna causa speciale.
P. A. . . .	49	18	labe nervosa	no	id.	Id.
S. G. . . .	37	12	id.	sì	nessuna	Wassermann +.
C. V. . . .	46	20	no	no	scarsa	Non causa speciale.
C. G. . . .	49	19	no	no	incompleta	Gravi patemi d'animo.
G. C. . . .	55	20	no	no	id.	Nessuna causa speciale.
D. F. P. . .	44	12	labe mentale	sì	id.	Id.
U. S. . . .	62	13	id.	no	id.	Id.
S. R. . . .	41	15	id.	no	id.	Id.
A. P. . . .	40	13	no	no	poche frizioni	Id.
P. U. . . .	49	12	labe nervosa	no	1° anno iniezioni mercuriali	Id.

nervosi sono obiettivamente e nella loro interpretazione nettamente diverse da quelle della paralisi progressiva, onde questa è una malattia diversa e dalla meningo-encefalite leutica e da tutte le altre affezioni luetiche dei centri nervosi a noi note; perciò la paralisi progressiva deve essere una forma tutta speciale tardiva di sifilide del cervello giacchè l'opinione che la sifilide dei centri nervosi sia un fenomeno terziario della « lues » non è oggi più giustificata dopo le ricerche del Naunyn, del Kunspf, del Nonne e in base a molti argomenti va prendendo sempre più piede l'opinione che la paralisi progressiva e la tabe non sieno malattie post luetiche, ma sieno manifestazioni tardive di sifilide che taluni chiamano manifestazioni quaternarie. Dopo il suo esposto io credo che la sifilide non curata, o poco curata sia il fattore etiologico necessario e sufficiente della paralisi progressiva; e si può adottare la forma del grande clinico romano per la malaria, in quanto la sifilide è la paralisi progressiva ma non tutta la paralisi progressiva, giacchè vi possono essere altri fattori etiologici coadiuvanti, predisponenti e determinanti, primo fra tutti la labe ereditaria, che possono anche mancare come nei nostri 13 casi. Riguardo all'alcool non bisogna dimenticare come l'ubbriachezza in una preparazione adatta per il contagio luetico, e come spesso un aumentato abuso di alcool non è la causa, ma un segno della paralisi progressiva.

Tutte le altre cause potrebbero avere molto valore qualora si trattasse di sifilitici guariti e curati bene; ma giacchè dalla nostra osservazione risulta che i paralitici sono tutti luetici non guariti, dobbiamo dedurne che in essi la paralisi progressiva non sarebbe sorta, anche malgrado le altre cause, se la « lues » fosse stata curata bene ed a tempo.

Seguivo queste mie osservazioni quando in questi ultimi giorni nel *Jorn. of Exp. Medicine* n. 2, febbraio 1913, Noguchi e Moore riferiscono che esaminando il cervello di individui morti per paralisi progressiva hanno trovato delle spirochete negli strati corticali ed anche in quelli sottocorticali dei lobi frontali.

Tale dato sperimentale verrebbe a dare una indiscussa conferma alle mie osservazioni e ben si spiegherebbe come nei paralitici ci possono essere le spirochete, se pensiamo che sono individui che hanno presa l'infezione e non hanno cercato di debellarla, o l'hanno fatto incompletamente.

Roma, marzo 1913.

BIBLIOGRAFIA.

BIANCHI. *Genesi e nosografia della paralisi progressiva.* XI Congresso della Società Freniatrica Italiana. Rivista Sperim. di Freniatria, anno XXVIII, pag. 262.

K. RÜKL. *Reperti sifilitici nella paralisi progressiva.* Rivista Ospedaliera, anno III, p. 236.

E. KRAEPELIN. *Trattato di Psichiatria* Vallardi.

O. BINSWANGER. *La paralisi progressiva degli alienati.* Nel trattato di E. v. Leyden e F. Klemperer 1908.

P. CHASLIN. *Éléments de sémiologie et clinique mentales.* 1912.

CIUFFINI. *Studio clinico ed anatomo-patologico sulla demenza paralitica post-tabem.* Policlinico, Sez. Medica, 1911.

MAIRET et DE VIRES. *De la paralisie générale, étiologie, pathogénie. traitement.* 1898.

BIANCHI. *Trattato di Psichiatria.*

DE SANCTIS e OTTOLENGHI. *Trattato di Medicina legale.* 1910.

E. TANZI. *Malattie mentali.* 1905.

A. STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica.* Vol. II, p. II.

E. KRAEPELIN. *Introduzione alla Clinica psichiatrica* 1905.

V. FORLÌ. *La cura della paralisi progressiva.* Policlinico, Sez. Prat., 1911.

CRISTIANI. *Contributo allo studio dell'etiologia della paralisi progressiva.* Riv. Sper. di Freniatria, vol. XIX, pag. 230.

U. CERLETTI. *Nuovi dati sulla patologia dei vasi sanguigni dei centri nervosi e loro rapporti con le forme cliniche.* Reggio Emilia, 1912, Riv. Sper. di Freniatria.

CASISTICA.

Sintomatologia dell'aortite addominale acuta.

Da un lavoro sintetico di Holleau (*Tesi di Lilla*, 1912) riassumo le note diagnostiche principali per la diagnosi dell'aortite addominale acuta.

I sintomi che sul principio richiamano l'attenzione sono costituiti dal dolore, dai disturbi gastro-intestinali e dai fenomeni riflessi.

Il *dolore* è uno dei primi segni a manifestarsi e talora per un certo tempo l'unico: insorge bruscamente, diviene insopportabile, con crisi violente parossistiche e crampi violenti riferiti allo stomaco, all'intestino, al fegato, al rene, tanto da simulare delle vere crisi viscerali.

Talora l'ammalato riferisce il dolore alle masse lombari, alla colonna vertebrale, con irradiazione agli arti inferiori che talora si dimostrano deboli, quasi paretici.

Nella crisi dolorosa il malato è pallido, coperto di sudore freddo, col viso improntato a senso di angoscia, non sopporta sull'addome nemmeno il peso delle coperte: di durata varia da qualche minuto a qualche ora fino a qualche giorno, il dolore critico è seguito da un dolore sopportabile, l'ammalato non ha vere tregue di riposo,

I sintomi gastro-intestinali caratterizzati da nausee, vomiti ribelli, da crisi d'enterite con meteorismo, diarrea, talora da emorragia, sono variabili anche nello stesso soggetto.

Dispena violenta, vertigini passeggere, lipotimie, una sensazione penosa d'arresto del cuore costituiscono la sintomatologia d'indole riflessa.

Anche associati, tali sintomi costituiscono un quadro che permette una diagnosi: essi però devono richiamare l'attenzione sull'aorta, e far ricercare i sintomi capitali dell' affezione: dolore aortico, ectasia dell'aorta, deviazione e mobilità del vaso.

La palpazione dell'addome permette di localizzare il dolore spesso poco al disopra dell'ombelico, talora al disotto di esso, talora sul decorso delle iliache primitive, delle iliache esterne e delle crurali.

L'ectasia dell'aorta, sintoma assai utile a precisare, è talora difficilmente accertabile perchè l'esplorazione induce minaccia di sincopi, sudori profusi, senso d'angoscia, ecc.

L'aorta svasata è spesso allungata, e quindi talora deviata; essa può essere sede di pulsazioni violente che si comunicano alla parete, con lo stetoscopio si possono ascoltare soffi variabili.

Due segni diagnostici di grande importanza sono la contrattura vigilante dei grandi retti, riflesso viscero-motorio, e l'ipertensione della pedidia, segni messi in evidenza dal Teissier. La tensione di quest'arteria supera spesso di più di 3 cm. di mercurio quelle della radiale, ed è dovuta forse all'eccitazione del plesso nervoso periaortico; è variabile e proporzionale con la gravità dell'irritazione aortica, scompare nelle crisi.

Le *poussées* si accompagnano spesso ad elevazioni termiche (fino a 39°).

Quali complicazioni sono segnalate dai veri accessi di angina addominale e crisi gastriche specialmente dolorose.

Teissier ha trovato assai frequente la coesistenza dell'aortite addominale acuta e della entecolite muco-membranosa.

Variabile il decorso clinico della malattia: talora si ha la guarigione in pochi giorni, talora i sintomi durano per qualche settimana, per due o tre mesi, e la malattia infine può volgere alla cronicità.

Il pronostico in genere è favorevole.

L'etiologia è riferita alle infezioni, febbri esantematiche, sifilide, influenza, reumatismo, e più frequentemente alla propagazione di altri processi limitati nell'addome (enterocolite muco-membranosa, appendicite, peritifite, ecc).

t. p.

La classifica delle angine di petto.

G. Lyon (*La Clinique*, anno 1912, n. 49), prendendo le mosse da una recente comunicazione di Fiessinger all'Accademia di medicina (ottobre 1912) su le forme curabili della angina di petto, giudica artificiosa la divisione e la classifica che il suddetto autore fa delle angine, nella comunicazione stessa.

Secondo Fiessinger le forme anginose si possono raggruppare in sei categorie:

1° angine per coronarite;
2° angine degli aortici;
3° angine per miocardite;
4° angine da nefrite interstiziale;
5° angine da aerofagia;
6° angine degli obesi.

Per il Lyon tale classifica non è rispondente alla realtà clinica.

Su l'angine per coronarite tutti gli autori sono d'accordo: esse costituiscono il tipo per eccellenza dell'angina di petto *vera*, l'angina che uccide e che uccide spesso al primo attacco.

Per quanto concerne l'angina degli aortici, bisogna intendersi: l' insufficienza aortica dei giovani, di origine reumatica, non dà mai angina di petto: non è così dell'aortite: ma l'aortite non decorre senza lesioni del miocardio, senza lesioni da sclerosi più o meno disseminata, onde il secondo gruppo della classifica di Fiessinger si confonde col primo, come si confonde anche con i due gruppi seguenti, cioè con le angine per miocardite e quelle per nefrite interstiziale.

In quanto alle angine da aerofagia e alle angine degli obesi, Lyon non trova tali sindromi così frequenti come vorrebbe Fiessinger.

Secondo lui, l'antica divisione clinica in angina di petto *vera* e *falsa* deve essere conservata (Huchard).

L'angina *vera* è quella che ha per substrato anatomico una lesione del miocardio, con o senza coronarite, e comprende le prime quattro suddivisioni di Fiessinger.

Alle *false* angine si possono riannodare tutte le nevralgie del plesso cardiaco, che si possono osservare presso i semplici neuropatici, presso i dispeptici nervosi, e presso gli intossicati e gli affaticati.

Per far *diagnosi* esatta fra vera e falsa angina, necessita esaminare minutamente l'ammalato e ricercare con minuzioso interrogatorio tutte le cause suscettibili di aver provocato l'accesso e soprattutto apprezzare il valore rispettivo di tali cause prima di incriminarle.

Le associazioni morbose costituiscono una difficoltà non lieve per la diagnosi, onde è meglio,

in caso di dubbio lasciare la prognosi sospesa, anzichè azzardarla e poi riceverne una smentita.

La *prognosi* non è sempre subordinata alla natura organica o funzionale dell'angina: forme organiche (sifilide) possono essere domate, come forme funzionali possono uccidere.

Dott. G. GENOESE.

TERAPIA.

Trattamento dei tumori maligni col mesotorio e col torio X.

Se ne occupano Czerny e Caan nella *Münchener Medizinische Wochenschrift*.

Il mesotorio scoperto dal Hahn ha proprietà simili a quelle del radio e rappresenta il primo prodotto di trasformazione del torio nonchè la sostanza fondamentale del radiotorio. Secondo il Hahn il mesotorio risulta di due componenti, cioè del mesotorio 1 non irradiante e del mesotorio 2 che emana i raggi α e β i quali si comportano perfettamente come le sostanze radio attive. Nel volgere di tempo di 5.5 anni il mesotorio si trasforma per metà in radiotorio. I raggi del mesotorio differiscono da quelli del radio per un minore potere di penetrazione e per avere accanto ai raggi β dotati di notevole velocità, anche un gruppo di raggi β assai facilmente assorbibili. Prodotti di disgregazione del mesotorio sono il radiotorio (raggi α, β, γ), il torio X (raggi α e β), l'emanazione (raggi α), il torio A (raggi β), il torio B (raggi α). Poichè il mesotorio impiega minore tempo a disgregarsi che non il radio a formarsi, i preparati recenti di esso sono forniti di maggiore radioattività. Questa raggiunge il *maximum* dopo 3 o 2 anni e declina dopo 10 anni, dopo 5.5 anni è ridotta alla metà mentre quella del radio lo è dopo 1800 anni! Quanto è stato testè detto riguardo alla radioattività, si riferisce a quella del mesotorio chimicamente puro. Quello dell'industria però, ricavandosi dalla monacite del Brasile che contiene pure una certa percentuale di radio ha una attività di più lunga durata (20 anni e più) e quando esso è esaurito rimane ancora il 25 % di radio. Per la presenza del quale, ai raggi β e γ del mesotorio s'aggiungono quelli α in una certa quantità. A questi poi dopo un certo tempo s'aggiungono quelli α del radiotorio, per modo che il mesotorio fornito dall'industria possiede un elevatissimo potere di α-attività. I raggi di tale mesotorio devono, come ben si intende, comportarsi per quanto riguarda gli effetti terapeutici, come quelli del radio. Mentre l'emanazione del torio per la sua brevissima durata (pochi minuti) non serve per scopi terapeutici, quella del torio X che ha una durata eguale a quella del radio può venire utilmente applicata nel trattamento dei tumori.

Gli AA. hanno trovato che l'azione del mesotorio sui tumori e su altre affezioni superficiali, forse per il rilevante contenuto di raggi β di minima durezza, è superiore a quella del radio colla quale ha del resto la massima affinità. Sui tumori profondi invece l'azione è identica. Le modificazioni istologiche avvenute nei tumori dopo l'esposizione ai raggi del mesotorio erano quelle medesime che si osservano dopo l'azione dei raggi del radio (produzione di tessuto connettivo). I casi sottoposti dagli AA. al trattamento di cui ci occupiamo furono 120, di cui 85 di carcinomi, 12 di sarcoma, 8 di linfosarcoma, 1 di endotelioma, 6 di angioma, 8 di tubercolosi (lupus, ecc.). Dei 32 casi di carcinoma mammario 19 migliorarono notevolmente, gli altri rimasero indifferenti alla cura. Il mesotorio veniva fatto agire per 12-24 ore qualche volta attraverso una lamina di stagnola o di piombo applicata sul tumore per proteggere la cute. Il mesotorio contenuto in una capsula d'argento veniva posto sulla lamina protettiva. I noduli cancerigni non scomparivano prima di 2 o 3 mesi del resto. In 4 casi di recidiva, dopo l'atto operativo venne introdotto nella ferita un tubetto di argento contenente il mesotorio ed ivi lasciato stare da 12 a 24 ore. Dalle ferite sgorgò abbondante secreto che ne ritardò la cicatrizzazione. Non furono più osservate recidive nei 3·5 mesi trascorsi dall'atto operativo fino ad oggi.

In 4 casi di epitelioma della faccia si ottennero notevoli risultati. 12 casi di carcinoma dell'esofago furono trattati col mesotorio mediante un congegno che permetteva l'introduzione nell'esofago d'un tubetto d'argento contenente 20 mgm. di mesotorio ed in quattro di essi il miglioramento ottenuto fu notevole. In parecchi altri casi di carcinoma del retto, del labbro, dell'utero, ecc. si ottennero risultati soddisfacenti sia dal lato dei sintomi subiettivi che da quelli obiettivi, ma certamente anche gli insuccessi non mancarono ed anzi più d'una volta. Per quanto riguarda i sarcomi

gli AA. non si pronunziano definitivamente sull'esito della cura. Gli 8 casi poi di linfosarcoma da essi trattati si mostrarono affatto ribelli alla cura del mesotorio. Risultati splendidi invece, dette questo trattamento nei casi di lupus facciale e di angioma.

Per l'applicazione del torio X gli AA. si servivano di una soluzione fisiologica di ClNa contenente 1/100,000 di elemento attivo per cmc. L'attività del torio X aumenta il primo giorno dopo la sua preparazione del 10-20 %, ma gradatamente diminuisce in seguito e dopo 3-4 giorni si riduce a metà. La irradiazione risulta di raggi α β, ma il prodotto finale — il torio D — emana anche raggi γ. La notevole efficacia del torio X è dovuta alla sua emanazione, la quale distruggendosi dà luogo alla formazione di prodotti fortemente radioattivi.

La soluzione di torio X veniva dagli AA. iniettata nei tumori medesimi oppure nelle vene (1 cmc.). Nel primo caso 24 ore dopo l'iniezione localmente si manifestavano rossore, dolore e tumefazione, sintomi che dopo 3 giorni in media scomparivano. Seguiva una diminuzione del volume del tumore in seguito a produzione di connettivo o d'una colliquazione emorragica. Dopo l'iniezione endovenosa si notavano oltre a sintomi di malessere (sforzi di vomito, inappetenza, stanchezza, vertigine) per qualche giorno anche un passeggero arrossamento, indolenzimento o inturgidimento del tumore, il quale dopo qualche tempo subiva una notevole riduzione per un processo sclerotico e necrotico.

I casi trattati col torio X furono 31 di carcinoma e 5 di sarcoma e i risultati finora ottenuti dagli AA. fanno prevedere che il torio X potrà servire come efficace mezzo adiuvante nelle applicazioni esterne del mesotorio.

Concludendo, gli AA. dichiarano di ritenere in base ai risultati ottenuti in 6 mesi di sperimentazione che per quanto riguarda l'azione sui tumori superficiali il mesotorio ha un valore non solamente eguale ma anche superiore a quello del radio. BELOSERSKY.

La cura dei tumori maligni per mezzo dei raggi X.

Il giornale *Medizin. Klinik* ha sottoposto ai più rinomati radiologi tedeschi il seguente questionario circa l'applicazione dei raggi X nella cura dei tumori maligni:

1° in quale specie di tumori si osserva una influenza favorevole?

2° quale la sede dei tumori in cui conviene di più l'uso dei raggi X?

3° avete voi provato la combinazione della radioterapia con altri metodi (d'arsonvalizzazione, diatermia, adrenalina, sensibilizzazione del tumore, desensibilizzazione della pelle)?

4° quali i limiti delle indicazioni, quali le controindicazioni?

5° accidenti da scottatura, da riassorbimento?

6° v'ha tendenza, in seguito all'uso della radioterapia, di accrescimento del tumore?

7° si hanno successi durevoli?

Ecco in riassunto le risposte:

Il prof. Levy Dorn di Berlino così risponde:

1° micosi fungoide, sarcoma, carcinoma, rinoscleroma, tumori leucemici e pseudoleucemici sono bene influenzati; invece i tumori ricchi di cellule e a sviluppo rapido sono assai poco influenzati; ad ogni modo non si può giammai preventivamente affermare che su d'un tumore determinato il resultato sarà buono;

2° nei tumori cutanei si hanno i migliori resultati; le speranze diminuiscono quanto più profondo è il tumore;

3° utile è l'associazione dell'atto operativo coi raggi X, se le radiazioni devono essere profonde, conviene utilizzare i metodi che rendono la pelle insensibile ai raggi X (ischemia della pelle con la compressione);

4° l'infiammazione estesa dei tegumenti è controindicazione: ad ogni modo non si deve mai prolungare oltre misura la cura radioterapica, e non deve essere scartata la necessità d'un atto operativo, quando si tratti di carcinomi e di sarcomi;

5° la scottatura, specie se profonda è dovuta all'esagerazione delle dosi di raggi X. Qualche volta si hanno sindromi tossiche che fanno pensare a rapido riassorbimento di materiale del tumore;

6° mai ho visto, dopo o durante la cura, sviluppo più rapido del tumore;

7° si hanno successi durevoli nelle micosi fungoidi, nel rinoscleroma, in alcuni epiteliomi, nel 20 % dei sarcomi: in due sarcomi la guarigione dura da sei anni.

Il dott. Köhler di Wiesbaden così risponde:

1° influenza favorevole si ha nei cancroidi, nei linfosarcomi, nei carcinomi;

2° perchè si abbia speranza di resultato, il tumore si deve vedere e sentire;

3° la pelle deve essere insensibilizzata con l'ischemia da compressione;

4° non vi sono controindicazioni all'uso dei raggi X nei tumori anche maligni;

5° nè incidenti notevoli dell'uso dei raggi: 6 o 7 volte segni tossici di riassorbimento senza conseguenze notevoli;

6° nè eccitamento al più rapido accrescimento;

7° successo durevole si ha nei cancroidi. Nei sarcomi e negli epiteliomi si hanno successi transitori, ma si deve ricordare che alla cura dei raggi capitano i malati rifiutati dal chirurgo.

Il prof. Alberts-Schönberg d'Amburgo:

1° guariscono coi raggi X il cancroide ed il sarcoma della pelle: il mioma dell'utero, il cancro delle mammelle migliorano;

2° più il tumore è superficiale e migliori sono i resultati;

3° ho usato di preferenza i soli raggi X;

4° nei miomi sono controindicazioni la sede (sottomucosi) e l'eventuale presenza di una miocardite per il pericolo d'una emorragia;

5° non si hanno incidenti di sorta;

6° nè eccitazione all'accrescimento rapido del tumore;

7° successo durevole nel cancroide e nel sarcoma della pelle.

Il dott. Robert Kienböck, di Vienna, pensa che l'uso dei raggi X conviene nei tumori a rapido sviluppo, anche nei tumori recidivanti rapidamente dopo l'operazione. Anch'egli è d'accordo coi precedenti nella sede (superficiali) del tumore e sull'assenza di accidenti e di controindicazioni, qualche volta si ottengono guarigioni definitive. Non accenna l'A. in quali casi.

Il dott. Freund di Vienna:

1° sono favorevolmente influenzati il rinoscleroma, i cheloidi, i miomi dell'utero, i tumori circoscritti, aperti all'esterno; in genere i carcinomi e i sarcomi primitivi con stroma poco abbondante, si prestano meglio che gli altri tumori alla radioterapia. Anche nelle metastasi si ha miglioramento considerevole;

2° nei cancri cutanei delle palpebre, delle labbra, delle orecchie, del sacco lagrimale, della vulva, nel morbo di Paget e nel carcinoma circoscritto della mammella si osservano guarigioni. Miglioramenti tra i sarcomi della pelle, delle ossa del mediastino, nel cancro dei gangli del collo, nel carcinoma del corpo tiroide, del collo dell'utero, del testicolo. Nessuna influenza nel cancro della lingua, del laringe, dell'esofago, dello stomaco, dell'intestino, del corpo uterino, del fegato, della prostata;

3° l'atto operativo è il miglior metodo da associare alla radioterapia; la corrente ad alta frequenza rinforza l'azione dei raggi X;

4° non è indicata la cura nei grossi tumori, il bisturi in tali casi agisce più rapidamente e più sicuramente;

5° le dermatiti non devono più esistere, non fanno timore alcuno i sintomi di riassorbimento;

6° nei tumori sottocutanei voluminosi talora si osserva una eccitazione al più rapido sviluppo;

7° i successi durevoli sono più frequenti nei tumori cutanei. *t. p.*

NOTE DI TECNICA.

Esame batteriologico del sangue degli scarlattinosi.

V. N. Klimenko (*Arch. des Sc. biolog. de l'instit. impér. de méd. expérim. à St.-Péters.*, tome XVII, n. 3, 1912) ha praticato su 523 casi di scarlattina ricerche batteriologiche nel sangue, avendo di mira di risolvere la dibattuta questione della frequenza dello streptococco nel circolo di tal genere di malati, e delle condizioni nelle quali più facilmente si rinviene. La sua tecnica cerca di evitare qualsiasi causa di errore, gli esami di sangue, quando è stato necessario, si sono ripetuti a distanza più o meno breve di tempo; l'A. ha ricercato anche lo streptococco nel sangue dei morti per scarlattina. Giunge alle seguenti conclusioni:

1. Non si trova che raramente lo streptococco nel sangue degli scarlattinosi, nel 2.1 % soltanto di tutti i casi.

2. Lo streptococco non penetra mai nel sangue nel corso dei periodi iniziali della malattia.

3. In seguito all'invasione dello streptococco nel circolo, la scarlattina assume un decorso clinico speciale; dovuto ai fenomeni setticopiemici che si sovrappongono.

4. La presenza dello streptococco nel sangue aggrava il pronostico, ma non lo rende assolutamente infausto.

5. Non v'ha rapporto tra la penetrazione dello streptococco nel sangue dello scarlattinoso, e l'insorgenza delle sinoviti, delle nefriti e delle endocarditi.

6. Non vi ha accordo completo tra resultati ottenuti dal sangue del malato e quelli ottenuti dal sangue dei cadaveri: si riesce più spesso a coltivare lo streptococco dal sangue del cadavere che dal sangue del malato.

7. Sia durante la vita che dopo la morte non si trovano streptococchi nel sangue dei malati o morti per scarlattina fulminante.

8. Esiste un rapporto incontestabile tra i processi ulcerosi negli scarlattinosi e la penetradello streptococco nel sangue.

9. Lo streptococco isolato sia dal malato di scarlattina che dal cadavere è sempre lo streptococco lungo o dell'eresipela secondo la classificazione di Schottmüller. *t. p.*

IGIENE

Le malattie della casa.

Non è dal giorno di oggi che si è conosciuta l'influenza che la casa può avere sullo sviluppo di alcune malattie. Già nella Bibbia troviamo idee chiarissime a proposito delle misure da prendere per le case dove abitarono lebbrosi, divieto di abitarle, visita della casa eseguita da persone competenti, raschiamento dei muri e specialmente di quelle parti dove comparissero «piaghe verdi o rossastre», demolizione di parti di mura più sudicie e, nel caso di recidive, demolizione di tutta la casa e trasporto dei materiali lontano dalla città.

Non si può non riconoscere che l'idea della casa contaminatrice è nettamente espressa in queste prescrizioni e le misure profilattiche sarebbero ancora applicabili ai giorni nostri.

Anche nell'epoca romana e qua e là in seguito si trovano osservazioni destinate a mettere in rapporto la casa coll'influenza che essa può avere sulla salute; però, fino che non si sono avute idee chiare sulle cause delle malattie e sul loro modo di diffondersi, non si trattava che di vaghe intuizioni basate sopra fatti non sufficientemente conosciuti od appurati.

Un punto di partenza di importanza capitale noi l'abbiamo nella istituzione del casellario sanitario delle abitazioni iniziatosi a Parigi nel 1894 per opera specialmente di Paolo Juillerat che ha messo a nostra disposizione un immenso materiale di studio ed ha reso più facili e più attendibili i risultati delle investigazioni.

Che cosa propriamente s'intende per malattie della casa? Noi comprendiamo sotto questo nome quelle malattie che si manifestano allo stato endemico in alcuni fabbricati e che si trasmettono ai loro successivi abitatori facendovi nuove vittime senza che sia possibile attribuire i casi nuovi a contagio diretto.

Se poi questa endemicità sia dovuta a germi patogeni accumulatisi nelle abitazioni od a difetti nella costruzione delle abitazioni stesse, è difficile dirlo.

Probabilmente ad ambedue le cause occorre dare una grande importanza.

Le malattie sullo sviluppo delle quali la casa sembra che abbia la maggiore influenza sono la tubercolosi ed il tifo.

È specialmente la *tubercolosi* che deve essere considerata come la malattia della casa. Prodotta da un bacillo con spore resistentissime, che pullula negli sputi ed è disseminato per ogni dove dai malati, è facile pensare che questa malattia diviene rapidamente parte integrante della casa se la sua costruzione, l'esposizione e la disposizione dei locali sono favorevoli alla vita dei germi e capaci di far diminuire i poteri di resistenza degli individui che vi abitano.

Nonostante che questa influenza della casa sullo sviluppo delle tubercolosi sia stata sempre sospettata dai medici, bisogna arrivare fino al 1874 per trovare le prime esperienze di conferma della supposizione. Il Tappenheimer preparò numerose gabbie le pareti ed il pavimento delle quali egli aveva imbrattato con sputi di tubercolosi. Quindi rinchiuse in queste gabbie porcellini d'India e conigli e ve li lasciò lungo tempo tenendo contemporaneamente nelle stesse condizioni di vita altri porcellini ed altri conigli però in gabbie non imbrattate. Orbene egli osservò che degli animali tenuti nelle gabbie infette, una grande quantità diveniva rapidamente tubercolosa. Le gabbie in queste esperienze avevano evidentemente sugli animali la stessa importanza che le case sugli uomini.

Altri risultati importantissimi, pubblicati nel 1900, li dobbiamo al Lancereaux il quale, su 2192 casi, da lui studiati durante un trentennio, ne ritiene 651 dovuti all'abitazione poco aereata e male illuminata.

Ma il lavoro più importante e veramente capitale sull'argomento è quello citato di Paolo Juillerat capo del casellario sanitario delle abitazioni di Parigi. Trattasi di un lavoro gigantesco che chiarisce la questione in un modo che sembra definivo e che dimostra che la tubercolosi è specialmente una malattia della casa.

Questo lavoro, che si estende per un periodo di 17 anni, ci mostra l'esistenza di case profondamente infette da tubercolosi, nelle quali questa malattia regna allo stato endemico facendo quasi ogni anno nuove vittime non solo fra la popolazione che vi risiede da molti anni ma anche fra coloro che vi si trovano da poco.

Dallo studio di questo casellario risulta anche che vi sono case, per modo di dire, predisposte a questa infezione e che annualmente vanno ad aumentare la lista delle case infette.

Sopra le 80,000 case che si trovano in Parigi, ve ne sono 820, con una popolazione di 106,000 abitanti, che hanno dato una mortalità annua di 9.8 per mille abitanti; mentre la mortalità media di Parigi è di 4.5.

Oltre a queste constatazioni ricavate dalle sole cifre, noi troviamo nel lavoro del Juillerat una quantità di osservazioni secondarie sulla località nella quale le abitazioni in parola sono costruite, sul vicinato, sulla larghezza delle strade, dei cortili, sul numero delle finestre, ecc. dalle quali risulta insufficienza di aereazione, affollamento e sopratutto deficienza di illuminazione.

Una inchiesta speciale sopra a 265 case, che più delle altre risultarono infette dalla tubercolosi, ci mostra risultati estremamente suggestivi. Difatti 259 di queste case, con una popolazione media di soli 96 abitanti, hanno dato una mortalità di 7.98 per mille mentre che le altre 6 case con una popolazione media di 187 abitanti, cioè circa doppia, hanno dato una mortalità appena di 3.11 per mille.

Ma nelle 259 case vi erano 2627 camere senza aria nè luce e nelle rimanenti 6 case tutte le camere avevano aria e luce direttamente dallo esterno.

Rimandiamo a un prossimo numero l'ulteriore trattazione di questo argomento.

S. SANTORI.

GLOSSARIO MEDICO.

Malattia di Dupuytren-Madelung.

Menzionata da Dupuytren nel 1834 e descritta da Madelung nel 1879.

Sinonimi: lussazione del pugno, sublussazione congenita del pugno, *manus valga*, *radius curvus*, *carpus curvus*, rachitismo tardivo del pugno, carpo-cifosi. [Da non confondere con la malattia di Dupuytren (retrazione dell'aponevrosi palmare)].

SEGNO FONDAMENTALE: *lussazione dell'estremità inferiore del cubito*, uni o bi-laterale. Due tipi: *tipo palmare* (rarissimo), in cui la testa del cubito solleva la cute della faccia interna del pugno; *tipo dorsale* (molto comune), in cui l'epifisi cubitale fa saglienza sulla faccia dorsale del pugno.

Esistono tutti i gradi di questa lussazione, da una saglienza minima della testa cubitale sotto la cute, facile a ridurre, mercè la pressione, come un tasto di piano, alla procidenza enorme, irriduttibile, dell'epifisi, che tende a perforare i tegumenti.

SEGNI ACCESSORI: incurvamento del radio e talvolta del cubito; esostosi radiali, iperostosi dell'estremità inferiore del cubito; raccorciamento del radio o delle due ossa dell'avambraccio; spostamenti del carpo.

PATOGENESI: *Discussa*, lesione nervosa, rachitismo, tubercolosi, traumatismo.

TRATTAMENTO. *Palliativo*: riposo, massaggio, balneazione locale calda, braccialetto di cuoio immobilizzante il pugno. *Curativo*: osteotomia lineare del radio praticata dal di fuori in dentro od osteotomia cuneiforme (angolo a base dorsale). *Risultati*: incostanti, poichè v'è spesso un cubito deformato e dislocato nella sua articolazione inferiore.

(Dalla *Presse Médicale*). R. B.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

P. STITTLER. **Die exsudativ-lymphatische Diathese.** 1 vol. in-8° picc. di pag. 111. Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch. 1913. M. 3.50.

Questo libro ci offre una prova della instabilità che caratterizza le nostre conoscenze.

Una volta i pediatri insegnavano che le dispepsie e — di rimando — molti disturbi generali che colpiscono i bambini dovevano ascriversi a difettosa utilizzazione delle proteine.

Poi trovarono che sono gl'idrocarbonati a danneggiare la digestione e la nutrizione durante i primi anni di vita. White è giunto ad affermare che, se vorremo procedere a una revisione delle dispepsie, dovremo prendere le mosse dalla «dispepsia da idrocarbonati» dei bambini, in quanto che essa consente di semplificare il problema, isolandone un fattore ben definito: il consumo degli idrocarbonati.

Ora è venuta la volta dei grassi. Alcuni pediatri tedeschi infatti appongono ai grassi quasi tutta la patologia dell'infanzia.

Di queste recenti vedute si fa eco lo Stittler nel lavoro che presentiamo.

Sembra dominare l'idea che ogni tanto convenga lanciare qualche nuova e straordinaria concezione. Regna il caos.

Intanto siamo costretti ad accogliere — sia pure con ponderatezza e con riserva — le ultime dottrine; allorchè vengono suffragate dai fatti e sono in armonia con le cognizioni meglio acquisite. Esse adempiono per lo meno un còmpito utile: inducono al controllo e quindi a nuove ricerche.

Anche se destinate a cadere, aprono nuove vie.

Da ciò deriva — crediamo — il merito precipuo del lavoro che recensioniamo.

Per un altro motivo esso cattiva non meno la nostra attenzione, cioè proietta qualche luce nel garbuglio inestricabile del linfatismo, della diatesi essudativa, della scrofolosi, dell'artritismo infantile, dell'astenia universale, dello stato timo-linfatico, ecc.

L'A. tenta di unificare tutti questi stati morbosi.

Con molta sicurezza coglie e definisce la sintomatologia ch'è loro comune: pallore, atonia (flaccidezza muscolare, deviazioni della colonna vertebrale, ptosi viscerali), instabilità termica, tendenza alle manifestazioni essudative ed alle infezioni torpide localizzate (infiammazioni croniche delle mucose; polimicroadenia, scrofolo-tubercolosi), disturbi della digestione (stitichezza alternata a diarrea, vomiti, ecc.), cefalee, nervosismo, anomalie dello sviluppo (per lo più deficienza di peso alla nascita, poi pinguedine, salvo durante due

periodi che cadono verso i 6-9 anni e all'inizio della pubertà), ritenzione idrica, ecc.

Egli mette prevalentemente in rapporto questi sintomi con l'imperfetta lipoclasi intestinale. Dai grassi alimentari cioè si libererebbero molti acidi i quali verrebbero in parte saturati dai sali di calce producendo dei saponi duri che sarebbero causa della stitichezza. La deficienza di calce che ne deriva determinerebbe lo stato d'irritabilità nervosa (è ben nota l'azione sedativa della calce sul sistema nervoso). Venendo assorbiti, gli acidi liberi ingenererebbero l'intossicazione acida od « ossipatia » di Stoeltzner.

Questo stato morboso si svolgerebbe su di un terreno preparato da anomalie endocrine.

Riteniamo che anche la sindrome anemica potrebbe farsi dipendere dalla produzione di acidi grassi nell'intestino, poichè Grafe e Röhmer hanno dimostrato che il potere emolizzante dell'estratto etereo di feci è dovuto a questi prodotti e specialmente all'acido oleico. Così pure la diarrea e il vomito potrebbero essere provocati dagli acidi grassi, poichè sono molto irritanti (Harley). Infine la solubilizzazione dei fosfati basici di calce e di magnesia prodotta dagli acidi assorbiti potrebbe render conto della scarsa mineralizzazione del sistema scheletrico nei bambini linfatici e scrofolosi, riconosciuta da molto tempo.

Dalle premesse patogenetiche l'A. desume le norme terapeutiche tra cui prevale la limitazione dei grassi alimentari: non soltanto seguirebbe attenuazione dei sintomi, ma lentamente si emenderebbe l'intolleranza pei grassi.

Sovratutto nocivi sarebbero il latte, il burro e le uova; verrebbero meglio tollerati i grassi vegetali e l'olio di fegato di merluzzo. L'A. raccomanda la somministrazione precoce degl'idrocarbonati ai lattanti e più tardi una dieta a base d'idrocarbonati e ricca di calce, fosforo e ferro: verdure, patate, legumi, frutta, ecc.; la soppressione dei cibi indigesti; la limitazione delle bevande (dissolverebbero e farebbero eliminare i sali minerali).

Molta parte nel ridare la pienezza della salute spetterebbe anche alla vita attiva, all'aria libera.

L'A. si ferma infine sulle modalità dell'istruzione da impartire a questi bambini, dal sistema nervoso alquanto squilibrato.

Egli discute anche la terapia popolare a base precipuamente di purganti.

Il lavoro è condotto molto abilmente. Il suo stile è incisivo, le sue affermazioni sono nette, le sue conclusioni sono tratte con rigore di logica e sussidiate da esperienza clinica.

L. VERNEY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden, herausgegeben von Prof. Dr. EMIL ABDERHALDEN. Vol. VI, in-8 gr., di pag. 786 con 335 fig. e 1 tavola a colori. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1912. Prezzo M. 33; rilegato M. 36.

« La scienza risiede nella tecnica » diceva Huxley: infatti dalla esattezza dei procedimenti tecnici dipende la sicurezza dei risultati, il valore delle deduzioni.

Ma la tecnica si perfeziona in modo incessante, in tutti i campi della biologia. Questo volume rispecchia appunto i progressi compiuti dalla tecnica biologica secondo parecchie direttive.

Risulta di una serie di monografie elaborate da studiosi competentissimi.

Riteniamo utile di indicare gli argomenti su cui vertono, premettendo che essi sono oltremodo eterogenei: vita dei tessuti in vitro (Carrel); l'esame dei parassiti malarici (Giemsa); le operazioni toraciche sotto alta pressione (v. d. Velden); l'esame dei prodotti della digestione (Zunz); l'esame dei movimenti intestinali (Lohmann); le fistole permanenti del tubo digerente (Cohnheim); la fistola di Eck nel cane (Fischler); la ricerca e la determinazione dell'adrenalina nel sangue (Gottlieb e O' Connor); esempio di un'analisi di urina (Baumann); esame delle piastrine (Deetjen); spettrografia del sangue (Schumm); spettrofotometria del sangue (Heubner); determinazione del peso molecolare nelle soluzioni (Hauslian); adsorbimento e capillarità (Grafe); capillarizzazione in microscopia (Grüss); intensità luminosa (Vonk); metodi ottici (Abderhalden); alcaloidi (Grafe); sostanze tanniche (Nierenstein); i gruppi aminici alifasici (van Slyke); varie questioni di biologia vegetale (Grafe); esame chimico e biologico dell'acqua e delle sostanze di rifiuto (Emmerling); complementi di tecnica chimica (Kempf). Come si vede, si tratta di un *menu* variato.

Seguiranno altri volumi dell'importante pubblicazione.

V.

G. ANGELICI **Le reazioni biologiche della diagnostica veterinaria.** — Un vol. in-8 picc. di pag. 115. Torino). Libreria editrice Carlo Pasta, 1913. L. 2.

È un quadro completo delle nostre conoscenze sulle reazioni allergiche: anafilassi, batteriolisi e citolisi, agglutinazione, precipitazione, storno e fissazione del complemento, reazione meiostagminica, reazione opsonica, cobra-reazione, ecc. Sono

prospettate dal punto di vista della diagnostica veterinaria.

Ma il lavoro si renderà molto utile anche ai medici, in quanto che permetterà loro di orientarsi facilmente in un campo nuovo, nel quale si succedono ogni giorno nuove conquiste.

L'A. ha saputo vincere molte difficoltà. Egli riuscito ad essere chiaro a un tempo e sintetico. Mancava un lavoro riassuntivo così pregevole.

I. T.

P. GASTOU. **Le Laboratoire du Praticien**, fasc. 2° in-4, di pag. 84 e 24 tavole. Parigi, A. Poinat éditeur, 1913. Fr. 4.

Questo fascicolo raccoglie una serie di note pratiche sui metodi e sui procedimenti di analisi cliniche pubblicati dal Gastou nel « Journal Médical Français ».

Il Gastou è capo del laboratorio dell'Ospedale Saint-Louis a Parigi e le sue note costituiscono una guida alla diagnosi ed all'igiene profilattica delle malattie comuni ed esotiche.

Il lavoro comprende 12 note con 24 magnifiche tavole nelle quali trovano posto 432 figure in nero e a colori; un fascicolo precedente risultava di 10 note.

La serie continua.

Le figure ci sembrano un po' troppo dettagliate pei pratici, pur essendo schematizzate, e troppo imperfette pei tecnici.

Troviamo almeno dubbia la necessità dell'ultramicroscopio nella pratica corrente....

Dottoressa BICE NEPPI. **I fermenti dell'organismo animale.** 1 vol. in-8 gr. di pag. 166. Milano. Stab. Tipogr. Stucchi Ceretti e C.. 1913, lire 4.

È questo un lavoro interessante pel biologo e pel medico, poichè i fermenti assumono importanza fondamentale nel chimismo degli esseri.

L'Autrice svolge con molta competenza e dottrina, ma in un italiano un po' incerto, i vari capitoli del lavoro.

Il quale è diviso in una parte generale ed una parte speciale. Nella prima sono prese in esame le proprietà dei fermenti ed i meccanismi con cui essi agiscono; nella seconda vengono passate in rassegna le varie classi di fermenti.

Qualche paragrafo di speciale importanza per la medicina avrebbe potuto forse essere utilmente ampliato: p. es. la trasformazione delle basi puriniche ci sembra trattata in modo alquanto sommario.

L'Autrice è addetta in qualità di chimico all'Istituto Sieroterapico Milanese, sotto i cui auspici viene pubblicato il lavoro, cui ha apposto una prefazione il prof. Belfanti.

VARIA

Il femminismo dal punto di vista medico. — Le gesta del femminismo nell'Inghilterra comprovano come la donna sia incapace del senso di responsabilità civile e immatura alla vita pubblica· politicamente arretrata.

Ma è certo che il compito delle donne va modificandosi nella società odierna. Esse lavorano rudemente nelle officine, occupano molti posti negli uffici e nei negozi vanno prendendo molti posti degli uomini.

Dal punto di vista medico interessa considerare quale ripercussione l'attuale stato di cose possa avere sull'avvenire della razza.

Questa influenza non può essere che disastrosa. Infatti le donne che si guadagnano la vita divengono incapaci di adempiere il loro compito di madri. In molti casi non possono allattare i bambini; più tardi non possono sorvegliarne l'educazione finica e mentale. Sono costrette ad abbandonare i figli nella casa oppure ad affidarli alle cure di una domestica o ad un'istituzione detta di educazione. La vita di famiglia ne soffre e quei ragazzi crescono malsani di spirito e di corpo.

Importa conoscere questo cambiamento verso il peggio che si è prodotto nella società attuale; ma non sarebbe facile correre in tempo ad un riparo.

(Dal *Medical Record*). I. T.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GUERRINI G. I veleni dei zooparassiti. — Pavia, 1912.

TESTA G. C. e SORMANI G. Influenza della somministrazione di proteidi sul lavoro meccanico dei muscoli. — Pavia, 1912.

CAPOGROSSI A. Ospedale Costanzo Mazzoni in Ascoli Piceno. Relazione sul movimento generale e resoconto clinico della sezione medica nel biennio 1910-1911. — Ascoli Piceno, 1912.

MASSALONGO R. e PIAZZA C. Dei purganti per via ipodermica. La peristaltina. — Verona, 1912.

GUERRA-COPPIOLI L. Tubercolosi e alcoolismo in Italia. — Firenze, 1912.

FRUGONI C. Arteriosclerosi polmonare. — Milano, 1912.

PIRAS L. Osservazioni batteriologiche fatte durante il colera di Genova del 1911. — Novi Ligure, 1912.

ORTALI O. Paralisi da rachistovainizzazione. — Foligno, 1912.

PANCRAZIO I. La lotta contro il colera (A proposito dell'infezione colerica a Mira nel 1911). — Padova, 1912.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il caso Braccini.

Sono rimasto molto in dubbio se dovessi o no occuparmi del singolare « caso » giudiziario del quale continua ad esser vittima il dottor Braccio Braccini, ufficiale sanitario di Nocera Umbra; ed il dubbio era legittimo e giustificato: 1° dal convincimento della completa inutilità di una polemica sopra una sentenza di magistrati, anzi del suo pericolo per le sue possibili conseguenze deleterie nei riguardi di un eventuale ricorso in Cassazione; 2° dalla ritrosia che ciascuno di noi prova ad occuparsi di un argomento che per un complesso di circostanze, imputabili in gran parte all'avversario del medico, presenta un innegabile lato politico pel quale chi ne giudica può sempre essere esposto al sospetto di seguire l'ispirazione di una pregiudiziale piuttosto che quella dell'equità. Queste due considerazioni sono molto importanti e mi inducono ad un doveroso riserbo sul « caso » speciale della condanna del dott. Braccini, confermata dalla Corte d'Appello di Milano, ma non lo sono abbastanza da farmi tacere sulle conseguenze di indole generale alle quali la strana sentenza dei magistrati milanesi può condurre. E perchè tacere? A questo processo è legata un'altissima questione di ordine pubblico, che rispecchia nient'altro che l'intera funzione degli organi cui la legge ha affidato nei Comuni la tutela dell'igiene pubblica, e dinanzi ad essa scompare l'importanza dei pochi mesi di reclusione assegnati dai magistrati di Milano all'ufficiale sanitario di Nocera Umbra.

Perchè è bene ricordare che quest'ufficiale sanitario dovrebbe riposare nella quiete di una prigione semplicemente per aver compiuto *un atto ordinario del suo ministero*, cioè per aver richiamato l'attenzione del suo collega del comune di Milano sulle cattive condizioni igieniche con le quali egli riteneva che certa acqua minerale fosse stata immessa nei vagoni-serbatoi alla stazione ferroviaria di Nocera Umbra per essere trasportata a Milano, invitandolo ad esaminare l'acqua appena arrivata a destinazione; e questo *atto ordinario* delle sue funzioni l'ufficiale sanitario di Nocera Umbra avrebbe fatto d'accordo col medico provinciale di Perugia, cioè col rappresentante dell'Autorità sanitaria governativa della provincia. Il nocciolo della questione Braccini è questo: tutto il resto è un artifizio di polemica giudiziaria, è una montatura messa su per ragioni di politica spicciola e non bisogna prestarsi al giuoco di chi (molto abile in questo genere di divertimenti per un certo pubblico della galleria di quint'ordine) vorrebbe offuscare o togliere alla vertenza i caratteri di una questione di polizia sanitaria.

Noi invece nel campo della polizia sanitaria dobbiamo e vogliamo rimanere, e diciamo che la sentenza di Milano è pericolosissima per i suoi effetti sulla tutela della salute pubblica, perchè gli ufficiali sanitari del felice regno d'Italia oggi hanno tutto il diritto di domandarsi se valga la pena di occuparsi dei doveri del loro ufficio, ricompensati nel modo che tutti sappiamo, se essi debbono correre il rischio di avventure come quelle che sono capitate al collega Braccini; e nessuno che non abbia rinunciato al dono di ragionare potrà dar loro torto.

E un episodio del processo di Milano li terrà fermi in questa loro eventuale e futura determinazione che potrebbe sintetizzarsi nella vecchia formula « non te ne incaricare! ».

Il dottor Braccini non ha avuto soltanto il piacere di vedere alla discussione della sua causa il medico provinciale di Perugia come suo testimone a discarico; egli ha avuto la inestimabile consolazione di vedere un altro medico provinciale come *perito della parte civile*, cioè come rappresentante tecnico dell'industriale suo accusatore.

In un paese in cui è possibile un fenomeno simile ed in cui proprio uno dei pubblici ufficiali creati dalla legge per rappresentare lo Stato nelle difese della salute pubblica va in un tribunale ad avvalorare l'accusa di abuso di potere contro il medico che ha voluto assicurarsi della purità di un'acqua messa largamente in commercio da un industriale privato e ad agevolare la sua condanna, in questo paese, dico, gli ufficiali sanitari comunali faranno bene ad andarsene tutto il santo giorno a caccia di tordi perchè la vigilanza sulla buona salute del prossimo è funzione troppo pericolosa.

Doctor CAJUS.

Posti a concorso.

Spett. Redazione,

Il *Policlinico* — specialmente la Sezione Pratica — si fa sempre più completo e rispondente ai bisogni dei numerosi lettori. Riuscirebbe però maggiormente utile agli interessi dei singoli e della intiera classe se integrasse la rubrica *Condotte e Concorsi*, completandola delle notizie inerenti a tutto il personale sanitario che si richiede o si offre, ed aggiornando tale movimento con maggior solerzia di date e precisione di dettagli.

Di solito si legge un lungo elenco di concorsi, ma più d'una volta l'avviso è pubblicato quando i termini sono scaduti o lì lì per scadere: quindi a nulla vale la notizia quando non si è più a tempo per profittarne.

E poi quella rubrica ha il difetto di non occuparsi d'altro che di condotte, all'infuori dell'annunzio di qualche posto d'assistente d'ospedale e del concorso della R. Marina. E i molti lettori sparsi in tante parti d'Italia, di cui parecchi — nel raccoglimento d'una modesta condotta — si maturano e preparano a qualche posto più remunerativo e di maggior prestigio, nulla riescono a sapere dei molti posti sanitari disponibili in tante altre Amministrazioni civili, militari, carcerarie, Opere pie diverse, istituzioni private, ecc. Laddove, a quanti non interesserebbe, per esempio, conoscere qualche cosa dei concorsi fatti e a farsi per il personale sanitario da destinarsi in Libia, ove ai medici militari oramai si va mano mano sostituendo personale civile? È un nuovo e largo campo di attività e di vita che si apre con le nuove colonie, e c'è tanto da rifare in esse, per cui molti potrebbero aspirare ad occuparsi nella organizzazione di quei servizi igienico-sanitari. Ebbene, perchè non informare i lettori dell'ordinamento dato o progettato, del personale richiesto, dei programmi e condizioni di concorso, ecc.? Ha sorpreso grandemente, e non me soltanto, la notizia pubblicata dai giornali politici, che cioè sono stati già messi a posto i primi 7 medici coloniali. E come? Certo saranno dei colleghi fortunati, che trovandosi alla Capitale sono stati in grado di far tutto a tempo. E i tantissimi altri e i molti che aspettavano ed aspettano di saperne qualche cosa?! A meno che il Ministero non si disponga a provvedere con degli incarichi di favore; e anche questo talora non conviene ignorare. Frattanto la stampa medica avrebbe il dovere di tenere a giorno i suoi lettori di quanto si prepara e si fa e si dice.

Insistere su questo desiderio mi pare soverchio; è l'espressione del bisogno di quanti fanno del giornale di classe che loro giunge settimanalmente, un amico, un consigliere, un aiuto in tutto, anche per scoprire un orizzonte più vasto per un domani migliore.

A soddisfare tale richiesta non ci sarebbero grandi difficoltà per un periodico come il nostro, accreditato, di serietà indiscussa, organo e portavoce di tanti interessi di classe, che si onora di una Direzione di redattori illustri, e che per dippiù ha sede nel cuore della Nazione. Nè credo potrebbero essere d'ostacolo la tirannia dello spazio e le esigenze tipografiche, che in gergo giornalistico spesso si usano per orpellare dolcemente un diniego, come quello che potrei avere io stesso alla pubblicazione di queste poche righe.

E grazie, signor Redattore, per me e per i molti di cui ho interpretato un desiderio tanto più vivo per quanto mai espresso.

Dott. N. G. da R.

La nostra rubrica dei concorsi è compilata con molta diligenza.

Per convincersene basta raffrontarla con quella di altri giornali medici. Questi ultimi, anzi, non di rado si avvalgono del nostro lavoro, al punto da ripeterne gli inevitabili errori di trascrizione e di stampa e perfino gli asterischi denotanti le diffide.

La compiutezza della nostra rubrica è stata spassionatamente riconosciuta e citata a modello nel « Medico Condotto ».

Tutto ciò non toglie che in essa permangano mende e lacune. Ad esempio, troviamo incontestabile e pienamente giustificato l'addebito che Ella ci muove, di pubblicare con soverchio ritardo molti concorsi. Ma conviene tener presente che i comuni, gli ospedali ed altre istituzioni sentono poche volte il dovere di dare in tempo la più ampia pubblicità ai concorsi che essi bandiscono e ce ne trasmettono con ritardo gli annunzi.

Non di rado poi la notizia giunge a noi per tramiti indiretti, quando la scadenza del concorso è prossima o è imminente.

Potremmo cestinare le notizie di concorsi pervenuteci con tanto ritardo; ma preferiamo di inserirle e ciò per parecchi motivi.

In primo luogo esse richiamano l'attenzione su di un inconveniente piuttosto che dissimularlo, quindi fanno valere la necessità di opporvi un riparo.

In secondo luogo alcune di queste notizie tardive possono giovare a quei medici che avessero pronti i documenti e che dovessero solo presentarli o che sapessero profittare delle interpretazioni poco restrittive delle norme procedurali per l'ammissione.

Infine questi annunzi occupano poco spazio. Non sono di nessun pregiudizio a nessuno; quindi non vediamo la necessità di sopprimerli.

Poichè la nostra rubrica non ha carattere ufficiale, non si può presumere che accentri tutte le notizie dei concorsi sanitari banditi in Italia.

Anzi è troppo naturale che molti concorsi ci sfuggano, specialmente quelli intorno ai quali si mantiene la « congiura del silenzio ». Non soltanto il *Policlinico*, ma tutta la stampa sanitaria e politica ne viene a conoscenza solo dopo che già sono stati espletati.

Non è proprio a noi che si può muoverne un addebito.

Per quanto però concerne l'appunto rivoltoci nella Sua lettera, di non esserci occupati del concorso che si preparava a medici coloniali, esso non ci tocca. Infatti a due riprese abbiamo dato notizia di un corso speciale pei futuri medici coloniali. - Quei colleghi i quali, in seguito a questa notizia, hanno assunte le necessarie informazioni presso la Direzione di Sanità ed hanno seguito il corso da essa organizzato presso i Laboratori centrali, sono stati informati in tempo del concorso ed hanno potuto parteciparvi. Per tutti gli altri medici sarebbe stato superfluo un annunzio.

Il nostro periodico accoglie volentieri le critiche quando siano fondate; ma nella fattispecie, i nostri associati farebbero bene se ci coadiuvassero con qualche impegno nella compilazione della rubrica, questa riuscirebbe molto più completa. Basterebbe che essi ci trasmettessero gli annunzi che vengono a loro conoscenza, condensandoli quanto più è possibile (la pubblicazione ne viene fatta da noi gratuitamente).

Renderebbero un servigio alla classe.

A. S.

Sulle specialità farmaceutiche.

Egregio collega dott. Cajus,

Da qualche tempo noto con compiacimento che nelle colonne del *Policlinico* viene trattata la grave questione della specialità farmaceutiche: ho letto anche quanto ha scritto il dott. Vivenza e credo che le cose siano arrivate a tal punto da rendere necessaria l'unione di tutti gli onesti per tentare di porre un argine al dilagare del ciarlatanismo; spero che anche la mia modesta parola sarà accolta in codesto giornale, anche se apparirà un po' troppo rude.

La questione delle specialità non è che una parte di una questione molto più vasta. Giacomo Casanova scriveva: « Ma vocation était d'étudier la médecine pour l'exercer.... Si on y avait bien pensé, on m'aurait laissé suivre mes goûts et je serais devenu médecin, état où le charlatanisme sert plus encore que dans celui d'avocat ». Questo era vero ai tempi del Casanova, era vero prima, lo è anche oggi. Non voglio analizzare le molteplici ragioni per le quali l'esercizio della medicina si presta così bene al ciarlatanismo, ma mi limiterò ad affermare che il ciarlatanismo è forse la causa principale del discredito nel quale sono stati tenuti i medici, malgrado le reali benemerenze di un gran numero di essi. Chi ha una modesta cultura letteraria avrà trovato negli autori raramente l'elogio, ad ogni passo il sarcasmo, la satira, l'accusa. Ho detto che il ciarlatanismo è stata la causa principale di questo stato di cose: volendo essere più esatto si può dire che non vi è stato estraneo l'empirismo cieco della medicina nei tempi passati, non che l'incertezza della nostra scienza e della nostra pratica. Ma oggi, in un'epoca in cui per i progressi fatti si procede alquanto più sicuri nella diagnosi, mentre i mezzi curativi non sono più il monopolio di nessuno, ma dominio di tutti, fa male assistere al crescente sviluppo del ciarlatanismo.

Vi è un ciarlatanismo d'alta scuola, pseudoscientifico, di cui dànno l'esempio i *gros bonnets* della medicina, gli alti papaveri, come Lei, egregio collega, li designò molto bene in un suo articolo: questo ciarlatanismo per esser fatto con l'etichetta di un nome spesso illustre e benemerito della scienza sfugge al controllo ed alla denunzia, nè voglio spenderci altre parole. Certo vi sono delle lodevoli eccezioni e fa piacere leggere a pagina 493 del *Policlinico* che le fiale di chinino (formula Baccelli) per iniezioni endovenose possono essere preparate da qualsiasi buon farmacista!

Vi è poi un ciarlatanismo di piazza, a base di gran cassa, fatto con la *réclame* sui giornali, con sfruttamento dei poveri ammalati che vogliono tentare dei rimedi che non hanno di nuovo altro che il nome, con la trasformazione di una nobile professione in un indegno mercato di salute; vi è un ciarlatanismo con il quale si improvvisano gli specialisti, si dànno i consulti per lettera, si impone ai clienti di rivolgersi ad una determinata farmacia e ciò per inconfessabili accordi tra medici e farmacisti, si truffa in altri termini quell'umanità che avrebbe diritto al massimo rispetto, cioè l'umanità sofferente. Contro questa forma di ciarlatanismo io credo che si possa efficacemente lottare.

Quando vennero istituiti gli Ordini si sperò nella loro autorità: ma ci siamo di già accorti che gli Ordini sono destinati a rimanere inattivi se gli onesti non si uniscono stimolando i dirigenti gli Ordini stessi ad adottare dei provvedimenti efficaci. È questa unione che si impone

oggi in seno alla classe medica; io sono certo che la maggior parte dei medici saranno d'accordo con me e spero che nelle colonne di codesto diffuso periodico Ella, egregio collega, vorrà spendere ogni tanto qualche parola per una causa così nobile.

Mi creda suo devotissimo

DOTT. GUSTAVO BARBENSI.

Firenze, 24 aprile 1913.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno dei Presidenti degli Ordini dei medici della Sicilia. — Il giorno 27 ha avuto luogo il 1° Convegno dei presidenti dei vari Ordini dei medici delle provincie siciliane per una comune intesa dei Consigli amministrativi nei rapporti cogli iscritti nei rispettivi albi, con gli altri Ordini del Regno, colla Federazione e per concretare tutto un programma di rivendicazione dei diritti morali e materiali della classe medica e per la elevazione della coscienza sanitaria nell'interesse anche delle condizioni igieniche dei Comuni.

Presiedeva la riunione il prof. Argento.

Si discussero ampiamente e si deliberò sui seguenti temi:

1° *Propesta di una Federazione degli Ordini dei medici di Sicilia,* che però dopo ampia ed esauriente discussione non venne accettato ritenendosi bastevole la Federazione nazionale; stima soltanto necessario tenere dei periodici convegni per lo studio e la risoluzione di quei problemi che più interessano la Sicilia.

2° *Rapporti con gli iscritti negli albi con gli altri Ordini del Regno, con la Federazione degli Ordini e con la Federazione delle Associazioni sanitarie* e si stabilì che tutti gli Ordini della Sicilia dovranno aderire alla Federazione degli Ordini di Roma nell'interesse di tutta la classe e per accrescere forza alla unione di tutte le organizzazioni mediche del Regno.

3° Discentramento provinciale per l'istruzione e l'educazione degli orfani dei medici, conservando l'Amministrazione Centrale in Perugia.

4° *Per il V Congresso medico Siciliano in Siracusa.* Si stabilisce di prostergare alla primavera del 1914 la data di questo Congresso

5° Il Convegno si occupa anche del tema che ai Consigli degli Ordini dei medici siano deferite come ai Consigli degli Ordini degli avvocati tutte le liquidazioni sia delle perizie che delle contestazioni fra medici e clienti, e si decide di interessare all'uopo il ministro di grazia e giustizia, i capi delle Corti giudiziarie e dei Tribunali dell'Isola.

Propone inoltre che si faccia un voto alle Autorità competenti per la equiparazione dei medici italiani col trattamento fatto ai medici stranieri.

Il Convegno fa un voto anche al Governo perchè venga riformata la legge sulla Cassa di Previdenza del 2 dicembre 1909, apportandovi tutti quei miglioramenti economici compatibili con l'enorme costo della vita e con la dignità di quella classe che compie la più alla funzione dello Stato.

Infine l'adunanza ha approvato alla unanimità i seguenti altri Ordini del giorno:

Il I Convegno degli Ordini dei medici siciliani in conformità di quanto è stato deliberato dalla Federazione degli Ordini del Regno, constatando le numerose deficienze della legge e del regolamento degli Ordini, afferma la necessità di fare opera comune per ottenere quelle modificazioni necessarie allo sviluppo dell'azione degli Ordini e frattanto afferma di dare la più ampia interpretazione della legge per ottenere dall'applicazione di essa i risultati più pratici dell'opera degli Ordini ».

« Il I Convegno degli Ordini dei medici siciliani per fare opera concorde di elevazione del decoro ed indipendenza della classe, delibera di provocare dalle competenti Autorità politiche, giudiziarie e di P. S. il rispetto alle leggi sanitarie ed invoca da esse quella zelante e benevola cooperazione che nell'intesa comune può riuscire proficua al normale funzionamento degli Ordini sanitari ».

G. DONZELLO.

Ordine dei Medici di Roma. — Si ricorderanno i tristi casi di Roccagorga, dei quali fu causa un'agitazione contro il medico condotto dott. Almerindo Garzia che dovette abbandonare quel paese divenuto per lui inospitale. Ora sappiamo che mercè l'interessamento del medico provinciale prof. Badaloni, del presidente dell' A. N. M. C. dott. Umberto Brunelli e della presidenza dell'Ordine dei Medici di Roma, il dott. Garzia ha potuto liquidare abbastanza soddisfacentemente la sua posizione col comune di Roccagorga, con la speranza di una non lontana sistemazione definitiva in altro comune della provincia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3809) *Concorso. Modifica del numero dei posti.* — Il Dott. M. P. da S. espone che a seguito del giudizio di apposita Commissione furono, su sei concorrenti, dichiarati quattro solamente idonei a coprire il posto di medico condotto; e che il Consiglio comunale, riunito per procedere alla nomina dei quattro, perchè altrettanti erano i posti stati messi a concorso abbia proceduto alla nomina di nessuno, rinviando gli atti per studiare se era il caso di diminuire a due i posti

messi a concorso. Chiede conoscere se per la nomina di detti due medici occorra bandire un nuovo concorso e se si possa iniziare giudizio al Comune per rifacimento di danni.

Per la nomina dei due medici non occorre nuovo concorso essendo tuttora valida la graduatoria formulata dalla Commissione. In quanto al giudizio pei danni sarebbe esso certamente proponibile, ma non La consiglieremmo ad iniziarlo, essendo difficile provare l'effettivo danno materiale subito per opera dell'Amministrazione municipale. Occorrerebbe che Ella dimostrasse di avere nel frattempo perduto altro posto egualmente o meglio retribuito o di essere stato impedito dall'esercizio libero professionale.

(3811) *Nomina in due condotte*. — Il Dott. A. A. da F. essendo stato nominato in una seconda condotta desidera conoscere se può mantenere anche la prima, facendosi in questa rappresentare da un interino.

Non è possibile ciò fare avendo nella prima condotta l'obbligo della prestazione personale.

(3813) *Pensioni. Liquidazioni.* — Il Dott. C. D. da V. chiede conoscere se può riscattare due anni di servizio durante i quali non è stato iscritto alla Cassa e non ha pagato contributo di sorta.

I due anni di servizio, di cui è cenno, non possono essere riscattati.

(3815) *Aumenti sessennali*. — Il Dott. G. P. da S. A. chiede conoscere se ai medici condotti è concesso di diritto, come agli altri impiegati comunali, l'aumento sessennale.

Pei medici condotti si applicano norme speciali di carriera, come quelle contenute nel regolamento generale sanitario del 1906. In detto regolamento è dichiarato che l'aumento sessennale compete ai sanitari condotti sol quando esso è previsto e sanzionato nel relativo capitolato.

(3817) *Pensioni*. — Al Dott. A. G. da G. rispondiamo che ben volentieri gli forniremo le notizie che ci richiede non si tosto avrà ripetuto il quesito con la indicazione della età che avrà all'atto della liquidazione della pensione, essendo questo un dato essenzialissimo pei calcoli relativi.

(3819) *Cassa di previdenza. Inscrizioni*. — Il Dott F. S. da P. C. desidera conoscere se può liquidare pensione minima dopo solo dieci anni di iscrizione alla Cassa, tenendo conto nel calcolo, degli anni di servizio prestati antecedentemente.

Crediamo che ben possa Ella ciò fare pel combinato disposto degli articoli 7 e 32 della legge 2 dicembre 1909, n. 744, che permette di tenere conto degli anni non riscattati pel solo scopo del raggiungimento del diritto a pensione. Liquiderebbe annue lire 303.

(3821) *Esercizi pubblici*. — Al Dott. P. M. da G. rispondiamo che non si trattava di vendita di sostanze alcooliche ma di altro.

(3823) *Regolamento d'igiene. Compenso all'ufficiale sanitario*. — Al Dott. G. M. N. da P. M. rispondiamo che il dovere di corrispondere adeguato compenso all'ufficiale sanitario per la compilazione del regolamento d'igiene discende direttamente dal fatto che fra gli obblighi normali imposti a detto funzionario dall'articolo 21 del testo unico, non ne figura alcuno del genere.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AFRAGOLA (*Napoli*). — Condotta; L. 1200 e 2 sessenni; cura poveri. Scad. 29 maggio.

ASIAGO (*Vicenza*). — Condotte pei 2° e 3° riparto. Stipendio L. 5000 lorde ciascuna. Aumento del 20° per 6 trienni. Scad. 10 giugno.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — 4ª condotta pei poveri; L. 2500 lorde, 4 sessenni e L. 300 pel mezzo trasporto. Scad. 31 maggio.

* BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte; L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

BEDIZZOLE (*Brescia*). — Condotta; L. 4200 e 3 sessenni, L. 200 servizio sanitario. Scadenza 20 maggio.

BELLUSCO ED UNITI (*Milano*). — Consorzio, L. 4500 nette, tre sessenni, L. 1000 cavallo. Scade 31 maggio.

BEREGUARDO (*Pavia*). — Condotta piena; lire 3800 e 3 sessenni. Abitanti 2302 Scad. 31 maggio.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto Vedi fasc. 15.

* CASTORANO (*Ascoli Piceno*). — Condotta piena; L. 2900, L. 200 quale uff. san. e L. 600 cavalc. Scad. 22 maggio.

* CELLERE (*Roma*). — Condotta piena; L. 4000 lorde e 4 sessenni, L. 100 uff. san. Ab 2203 con soli 60 in frazione vicina. Ospedale locale. Scad. 1 giugno.

CHIARANO (*Treviso*). — Condotta pei poveri; L. 3000, L. 200 se uff. san. e L. 800 per cavalc. Scad. 31 maggio.

CUREGGIO (*Novara*). — Condotta: ab. 2117; L. 2000 per 1300 poveri incirca, L. 1200 per gli abbienti, L. 200 quale uff. san. Aumento di L. 600 nel corso del biennio 1914-15 e tre sessenni, in corso d'approvaz. Scad. 22 maggio.

* DESULO (*Cagliari*). — Condotta per la generalità; L. 5000 nette e L. 200 per arm. farm. Scad. 31 maggio.

FRAGAGNANO (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3000, compresovi compenso uff. san. Ab. 3400 circa. Scad. 21 maggio.

GIANICO (*Brescia*). — L. 3400, cura piena, ab. 913, senza obbligo cavallo, popolazione riunita. Scade 5 giugno.

GREVE (*Firenze*). — Condotta per S. Polo; lire 2600 e L. 400 per cavalc., nette, 2 sessenni del decimo; non più di 35 anni, s. e. r. Scadenza 26 maggio.

MACUGNAZA (*Novara*). — Ab. 767; L. 3075 e e alloggio, per la generalità; uff. san.; arm. farm. Scad. 31 maggio.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Condotta piena per Montiano; L. 4050 aument., diritto cavalc. per visite in campagna; L. 150 per arm. farm. Ab. 1339. Scad. 30 maggio.

MEDICINA (*Bologna*). — Condotta piena per Portonovo; L. 3800 e 4 sess. Scad. 30 maggio.

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

MONTENERO VALCOCCHIARO (*Campobasso*). — Condotta; L. 3000. Ab. 2008 circa. Scadenza 30 maggio.

PERUGIA. *Università degli studi.* — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PESCIA (*Lucca*). *Spedale SS. Cosimo e Damiano.* — Assistente medico chirurgo; L. 1200 annue vitto e alloggio nei giorni di guardia. Durata in carica due anni. Documenti al presidente dell'amministrazione ospedaliera entro il mese di maggio. Il prescelto entrerà in carica il 15 giugno venturo.

* PIENZA (*Siena*). — Condotta piena per Montichiello; L. 2795 lorde, indennità di cavalc. per visite in campagna, supplenze. Scad. 30 maggio.

POLA. — Medico (IV) per la Cassa ammalati del personale di stato civile dell'i. r. Marina a Pola. Vedi fasc. 19 Scad. 31 maggio.

* RECOARO (*Vicenza*). — 2ª condotta piena: L. 4000; obbl. cav. Scad. 31 maggio.

ROBILANTE (*Cuneo*). — Condotta; L. 1800 e L. 100 uff. san. Ab. 3038, poveri 200 circa. Scad. 25 maggio.

ROMA. *Amministrazione Provinciale.* Tre medici assistenti nel manicomio di S. Maria della Pietà (Istituto di Roma o succursale di Ceccano); L. 2300, vitto alloggio personale; nomina biennale, conferme. Età 25-40 anni. Docum. alla segreteria della Provincia non oltre il 31 maggio.

ROMA *Ministero dell'Interno.* — Esami d'idoneità per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Vedi fasc. 19 Rivolgersi alla Direzione Gen. della Sanità pubblica, sia direttamente, sia per mezzo della prefettura di ordinaria residenza, entro il 31 mag.

SAMPEYRE (*Cuneo*). — Prima condotta; L. 1800 (in corso d'approvazione) lorde e 4 sessenni; poveri 400 circa. Ab. 5767. Scad. 30 maggio.

SAN MAURO MARCHESATO (*Catanzaro*). — Condotta piena; L. 3000 lorde, compresovi compenso quale uff. san. Ab. 1839. Scad. 15 giugno.

* SERRAVALLE PISTOIESE (*Firenze*). — Condotta di Casal Guidi, pei poveri; L. 2200 aument. di anno in anno fino a L. 2500 lorde e L. 500 per obbl. cavalc., non più di 40 anni, s e. r. Scad. 30 maggio.

TRETTO (*Vicenza*). — Condotta e uff. san.; lire 5500 ed alloggio; obbl. cavalc. Scad. 16 maggio.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza.* — Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

VALLE AGRICOLA (*Caserta*). — Condotta per la generalità e uff. san.; L. 2700 lorde: ab. 1014. Scad. 24 maggio.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000. Assunzione del servizio entro 15 giorni. Scad. 31 maggio.

ZONE (*Brescia*). — L. 3400, cura piena, L. 300, arm. farm., L. 200 alloggio, abitanti 1016, località 4 villeggiature. Scade 5 giugno.

PARIGI. — La « Societé d'Hygiène de l'Enfance » mette a concorso per il 1913 il tema seguente: « Sul posto che debbono occupare nell'educazione moderna le nozioni di puericoltura e d'igiene dell'infanzia ». Le memorie debbono essere inedite e scritte in francese, tedesco, inglese, italiano o spagnuolo. Si ricevono sino al 31 dicembre. Gli autori non debbono farsi conoscere. I premi consistono in medaglie d'oro, vermeil, argento e bronzo e in menzioni onorevoli. Per informazioni rivolgersi al presidente, 10, rue Saint-Antoine, Paris IV.

Medico-chirurgo giovane, assistente in Ospedale, pratico condotta, cerca buon interinato nei mesi di luglio, agosto, possibilmente al mare o montagna. - Dirigere: Dott. Calabrese fermo-posta Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Terni, per tre assistenti nel Civico Ospedale, Polverigi (Ancona), Scaldarole [Sannazzaro] (Pavia), Burgio (Girgenti), Firenzuola e Vaglio, (Firenze) Arcorano (Ascoli Piceno).

Revoca di diffide: Serravalle Pistoiese (Firenze), Tor (Udine), Borgotaro (Parma), Pietrafitta (Cosenza), Ponzone (Alessandria).

La sezione Vicentina dell'A. N. M. C. ricorda ai colleghi che è sempre diffidato il concorso al posto vacante del 2° riparto di Revaco.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e di offerte o ricerche di interinati.

ATTI PARLAMENTARI.

La sanità pubblica al Senato.

Durante la discussione del bilancio dell'interno al Senato l'on. Santini insistette sull'urgenza di provvedere al disordine degli ospedali di Roma e ricordò il discorso pronunziato dall'on. Giolitti il 16 marzo u. s. nell'altro ramo del Parlamento, nel quale affermò la legittimità del controllo dello Stato sulla amministrazione degli ospedali.

Il sen. Santini richiama l'attenzione del ministro sugli inconvenienti prodotti dall'attuazione della legge sull'Ordine dei medici, che tende ad esorbitare dal mandato, e preme presso il Consiglio Superiore di Sanità onde obbligare i medici ad iscriversi nell'Ordine. Dice che alcuni sanatorî sono una vera speculazione. Loda il funzionamento della sanità pubblica.

Il sen. Maragliano riconosce i progressi sanitari compiuti dal nostro paese, ma invoca un'organizzazione più completa della difesa sanitaria, la quale si è dimostrata insufficiente nell'ultima epidemia, anchè perchè i medici non erano preparati; ritiene difficile istituire dei sanatorî di Stato per il trattamento dei tubercolotici, ma vorrebbe che lo Stato incoraggiasse le iniziative private; sollecita la creazione di un istituto vaccinogeno di Stato; raccomanda alcune misure fiscali contro l'alcoolismo; vorrebbe una maggiore liberalità nell'applicazione della legge sulle acque potabili.

Il sen. Cencelli raccomanda di garantire la fabbricazione e lo smercio dei vaccini e dei sieri, e che sia esteso alla costruzione e ampliamento dei manicomi il contributo del 2% da parte dello Stato per il servizio dei mutui relativi.

Il sen. Todaro accenna all'abuso che si è fatto in Italia dell'istituto della condotta medica, che dovrebbe essere esclusivamente pei poveri; e sostiene che gli ufficiali sanitari dovrebbero essere meglio pagati ed essere a carico dello Stato.

Risponde l'on. Giolitti sostenendo all'on. Santini che l'opera del commissario regio negli Ospedali di Roma fu censurata da coloro che avevano interesse a far perpetuare gli abusi.

Una inchiesta governativa avrebbe dimostrato che nella amministrazione degli ospedali si facevano sperperi scandalosi; basti soltanto dire che in un solo anno il Policlinico ha consumato 6 mila termometri.

L'opera del Commissario regio ha portato una economia di più di un milione di lire, e un miglioramento del personale, che è stato epurato.

L'on. Giolitti dichiara all'on. Santini che procurerà di far cessare gli inconvenienti che possono essersi verificati nell'attuazione della legge sull'ordine dei medici; provvederà anche a rimuovere gli abusi di quei sanatori che abbiano per iscopo la speculazione anzichè la cura.

Al sen. Maragliano, dice ch'è necessario ancora infondere nel corpo medico la conoscenza dei metodi di prevenzione e cura delle malattie infettive. In occasione dell'ordinamento degli studi universitari, potrà studiarsi la questione della capacità professionale per mezzo di un esame di Stato.

Quanto alla questione del vaccino, se ne deve importare molto dall'estero, avendo alcune fabbriche italiane dato prodotti non buoni; è quindi utile che lo Stato fabbrichi il vaccino e darà incarico alla direzione di sanità di studiare il problema.

Dice poi che la soluzione indicata dal sen. Todaro di fare degli ufficiali sanitari degli impiegatî governativi ben pagati, sarebbe ottima; senonchè il bilancio dello Stato non ha bisogno di un nuovo sovraccarico di dieci o dodici milioni. Il sen Todaro osserva che altri Stati spendono molto: ma l'on. Giolitti replica che si parla spesso degli ordinamenti degli altri Stati, ma esaminandoli a fondo si vede che noi non stiamo peggio.

Nondimeno egli riconosce di dover migliorare le condizioni degli ufficiali sanitari e provvederà gradatamente. Proseguendo, dichiara che è cura del Governo di agire nel senso che il medico condotto abbia soltanto la cura gratuita dei poveri.

Parla poi il sen. Foà sulla lotta antitubercolare e sulla polizia dei costumi; risponde l'on. Giolitti dando assicurazioni al riguardo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

VENEZIA. — *Scuola municipale all'aperto.* Il 28 aprile u. s. venne iniziato, senza cerimonie, un esperimento igienico-educativo di scuola all'aperto, dai cui risultati si spera che il Comune trarrà incoraggiamento ad applicare largamente i concetti ai quali l'esperimento s'informa. Due classi di scolaretti scelti fra i più deboli e denutriti di una scuola comunale, vennero tolti dalle consuete aule e mandati a studiare in due grandi padiglioni appositamente eretti sulla montagnola dei pubblici giardini. L'orario è dalle 8 del mattino alle 4 del pomeriggio, e trascorrono l'intiera giornata tra il verde, alternando le ordinarie occupazioni scolastiche con le passeggiate, i giuochi, il lavoro manuale, così che il gracile organismo di quegli scolaretti abbia a farsi robusto in modo da vincere le eventuali predisposizioni alle malattie, ed il loro spirito si ricrei e l'intelligenza si svolga e si applichi senza danno del fisico.

I due padiglioni sono parzialmente chiusi da tre lati, e da una parte completamente aperti; l'orario didattico è disposto in modo che una lezione non duri mai più di tre quarti d'ora

Vengono fornite agli alunni due refezioni: una alle 11 e mezza ant. e l'altra alle 3 pom.

Dagli ispettori scolastici municipali verrà controllato, alla fine dell'esperimento, quale vantaggio fisico abbiano da esso ritratto i fanciulli ammessi alla nuova scuola.

A. DIAN.

NOTIZIE DIVERSE

Il XVIII Congresso internazionale di medicina

si adunerà a Londra dal 6 al 12 agosto sotto il patronato di Giorgio V.

Presidente del Congresso è sir Thomas Barlow; tesorieri ne sono sir Dyce Duckworth e G. H. Makins. Presidente del Comitato esecutivo è sir Alfred Pearce Gould; presidente del Comitato finanziario sir Henry Morris; presidente del Comitato per l'ospitalità sir Lander Brunton. E' stato anche costituito un Comitato di signore, del quale è presidente lady Duckworth.

La seduta inaugurale avrà luogo nella « Albert Hall » alle 11 ant. di mercoledì 6 agosto e sarà presenziata dal principe Arturo di Connaught in rappresentanza del Re.

Cinque conferenze verranno lette all' « Albert Hall » da Chauffard (medicina), H. Cushing (chirurgia), Ehrlich (patologia), W. Bateson (sull'eredità), J. B. Burns (salute pubblica).

Le sezioni e sotto sezioni sono in numero di 26. Nelle sedute del mattino esse discuteranno temi fissati, le relazioni dei quali sono state affidate ad alte personalità della medicina che hanno quasi tutte accolto l'invito; le sedute pomeridiane rimarranno riservate alle comunicazioni indipendenti. Per alcune discussioni si riuniranno due o più sezioni.

Le sedute di sezione si terranno in locali dell'Università, dell'Imperial College, della Royal School of Science, della School of Art, del Central Technical College, tutti nel South Kensington. Inoltre hanno offerto i loro ambienti il Royal College of Physicians, la Royal Society of Medicine, il St.-Thomas Hospital, il Royal Army Medical College a Millbanck, il Royal Dental Hospital. La Student's Union dell'Imperial College sarà il club degli uomini; l'Alexandra House ha offerto alcune camere per il club delle Signore.

L'ufficio centrale del Congresso sarà allogato nella Albert Hall.

Gli uffici di segreteria generale hanno sede a Hinde-Street 13, London W. Ivi possono richiedersi tutte le informazioni relative ai lavori scientifici, alle agevolazioni pei viaggi, agli alloggi ed a quanto altro può interessare i congressisti.

La quota d'iscrizione, fissata in 25 lire, darà diritto al volume dei resoconti (Transactions).

Museo medico-storico.

Il Museo medico-storico, organizzato dal signor Henry S. Wellcome e che sarà inaugurato a Londra verso la fine del mese di giugno prossimo, comprenderà alcuni oggetti d'interesse medico-storico eccezionale.

Una mostra importante nella sezione scientifica raccoglie gli apparecchi originali usati dal Galvani per i suoi primi esperimenti sul galvanismo nel XVIII secolo.

Vi sarà anche una collezione rimarchevole di offerte votive per salute ricuperata. Comprenderà molte offerte votive greco-romane, d'interesse anatomico e patologico, in argento, bronzo, marmo e terracotta, nonchè un grande numero di oggetti simili usati allo stesso scopo nel medioevo e nei tempi moderni.

Un'altra importante caratteristica sarà una raccolta di antichi microscopi ed istrumenti ottici, ottenuta da tutte le parti d'Europa.

È stato anche promesso un assortimento di strumenti chirurgici usati da chirurghi eminenti in operazioni eseguite su personaggi storici.

La collezione di amuleti e talismani inerenti alla medicina popolare inglese sarà completa.

Sarà anche esposta una raccolta di medaglie e monete mediche antiche del periodo greco-romano, di antichi manoscritti e libri di medicina stampati, insieme a molti altri oggetti d'interesse per medici e scienziati.

La Croce rossa italiana in Serbia.

È tornata dal campo bulgaro per via di terra, cioè per Sofia, Belgrado, Trieste, Ala, Udine, la missione italiana della Croce Rossa della settima circoscrizione, agli ordini del tenente colonnello comm. dott. Agostinelli di Bologna. La missione era composta di ufficiali e militi umbri, marchigiani, abruzzesi, in tutto una quarantina. Gli ufficiali sono i dottori tenenti Mataloni, Garavani, Iannone, Buffalini, Marchi, Pignatari; i sottufficiali sono Casadei e Proietti.

La missione partì da Ancona il 16 novembre 1912: ha dunque fatto un servizio di sei mesi, e, dopo una breve sosta a Sofia, fu destinata ai campi di Lule Burgas, in prima linea.

L'opera della nostra missione si è esplicata naturalmente con grande efficacia.

Appena arrivata a Lule Burgas la missione contribuì efficacemente ad arrestare il terribile colera che avanzava dalle linee di Catalgia. Quando, dopo l'armistizio, furono riprese le ostilità, cominciò un secondo periodo, di grande lavoro chirurgico. Furono fatte ottanta operazioni importanti, e solo uno degli operati morì di cancrena. Complessivamente vennero curati tremila malati. Vennero organizzati dalla missione un servizio ambulatorio gratuito e una distribuzione di pane e minestra ai poveri fuggiti da Catalgia, dopo che i turchi avevano ripreso le primitive posizioni occupate dai bulgari.

L'opera della Croce Rossa è stata altamente apprezzata in Bulgaria.

La regina, con squisito pensiero, ha offerta la propria fotografia con dedica a tutti gli ufficiali.

Infine sono stati nominati, commendatore il colonnello Agostinelli ed ufficiali e cavalieri gli altri, ed è stata concessa la medaglia dello stesso ordine al merito civile a tutti i militi.

Va notato che nessun'altra missione ha ricevuto tali grandi onorificenze, che non escluderanno la medaglia della campagna attuale, che sarà data a tutti.

Prima di tornare in patria, la missione, col consenso del Governo italiano, ha donato tutto il suo materiale alla Croce Rossa bulgara.

In Italia la missione ha ricevuto cordiali accoglienze.

La Croce Rossa italiana nel Montenegro.

Viene smentito il laconico congedo del principe Mirko alle due missioni italiane.

Come riconoscimento dei brillanti servizi resi al Montenegro dalla Croce Rossa italiana durante la campagna, Re Nicola ha decorato tutti i membri della spedizione con differenti ordini di Danilo.

In seguito ai meravigliosi risultati ottenuti a Podgoritza nella cura dei tifosi, il Governo montenegrino ha pregato il dottor Prassos di Palermo di restare al Montenegro ancora qualche mese.

Le missioni sanitarie nell'Albania.

Il 9 corr. giunsero a Scutari i primi medici della missione sanitaria italiana: il colonnello medico di marina cav. Rosa e i maggiori medici Bisi e Pastega. Erano accompagnati da parecchi marinai e imbarcati sui due piroscafi Mafalda e Jolanda, che risalirono la Bojana e approdarono a Scutari.

La calorosa accoglienza delle tribù albanesi lungo le due sponde trasformò questa gita pietosa in una marcia trionfale.

Furono distribuite copiose provviste.

La sera giunse la squadra della « Croce Rossa » austriaca, anch'essa fatta segno durante il viaggio a festose accoglienze.

Le due missioni si riunirono fraternizzando nella Scuola Italiana e stabilirono come dovranno essere distribuiti i soccorsi.

I benemeriti della salute pubblica.

Nell'udienza del 2 maggio S. M. il Re ha firmato il decreto che conferisce la medaglia d'oro per i benemeriti della salute pubblica al compianto tenente-generale conte Rinaldo Taverna, senatore del Regno, presidente della Croce Rossa italiana, ed al marchese Pierino Negrotto Cambiaso, deputato al Parlamento, delegato a Tripoli del Comitato centrale della Croce Rossa italiana.

Propaganda igienica.

I soci della sezione veronese dell'A. N. M. C. durante il 1912 hanno tenuto 64 conferenze di igiene in 42 località, su argomenti vari d'igiene; inoltre, in collaborazione con la Commissione pellagrologica provinciale, alcune lezioni d'igiene nelle scuole di educazione e di economia domestica, e d'accordo con la Cattedra ambulante d'agricoltura quattro lezioni nelle Scuole popolari di agricoltura.

Un nuovo ospedale.

Venne inaugurato a Rovigo un nuovo moderno ospedale annesso all'edificio già esistente. L'opera, su progetto dell'ing. Mazza, costò 100,000 lire; e 50,000 furono elargite dall'avv. comm. Gino Giolo, cui il nuovo ospedale si intitola.

Direttrice di una scuola di farmacia.

Il corpo insegnante della Scuola di farmacia annessa alla R. Università di Sassari ha designato a voti unanimi alla carica di direttore la professoressa Rina Monti, docente di zoologia, sorella al prof. Achille Monti di anatomia patologica a Pavia e sposa al geologo prof. ing. Stella di Roma.

XXV anniversario di laurea.

I medici chirurgi laureati nel 1888 nell'Università di Bologna, che vorranno partecipare alla festa della *laurea d'argento* che si terrà in Bologna nella prima metà del prossimo giugno, sono pregati inviare la loro adesione col relativo indirizzo al prof. Luigi Silvagni o al dott. Ermogene Cingolani in Bologna (Archiginnasio).

La rubrica della beneficenza.

Dall' « Avvenire Sanitario » riportiamo:

La Cassa di risparmio di Piacenza ha recentemente elargite in beneficenza più di 200 mila lire, concorrendo alla costruzione di un padiglione per tubercolosi e del gabinetto di radioscopia e di terapia fisica; provvedendo al mantenimento di cronici, di sordomuti e di ciechi; aiutando la Congregazione di carità, gli Ospizi marini, la Compagnia di pubblica assistenza Croce Bianca ed altre pie istituzioni.

Il Consiglio d'amministrazione della Banca popolare di Milano ha destinate alla beneficenza lire 16,900, distribuendole fra istituzioni diverse di assistenza, di previdenza e di istruzione popolare.

L'avv. Emilio Seletti, morto recentemente a Milano, ha lasciate lire 15 mila all'ospedale di Busseto (prov. di Parma).

Ad onorare la memoria della defunta Duchessa Melzi d'Eril, gli eredi conti Emilio ed Ercole Durini hanno destinate lire 20 mila a perpetuare la beneficenza fatta in vita dalla defunta, a favore dell'Asilo infantile, della Congregazione di carità e dell'Orfanotrofio di Pallanza (prov. di Novara).

Ad Asti (Torino) Benedetto Rasero legò per testamento lire 10 mila all'ospedale civile, lire 6 000 all'ospizio cronici Umberto I e altre somme agli asili d'infanzia locali.

Una nuova cattedra di pediatria a Parigi.

Ad istanza del prof. Landouzy, decano della Facoltà medica di Parigi, questa ha istituito una cattedra di « Igiene e medicina clinica della prima infanzia ».

La morte del senatore conte **Rinaldo Taverna**, tenente generale della riserva e presidente della Croce Rossa Italiana, ha addolorato profondamente la classe medica, del cui pensiero di rimpianto furono interpreti autorevoli ed efficaci l'on. Celli alla Camera e l'on. Todaro al Senato. La classe medica ricorda dinanzi a questa tomba l'opera fattiva dell'antico soldato di Villafranca come presidente della Croce Rossa, l'estensione al tempo di pace, da lui voluta, delle iniziative dell'Associazione, la geniale modernità di alcune di queste iniziative, come di quella del servizio antimalarico nell'Agro romano ed in Sicilia. Il contributo di soccorso portato dalla Croce Rossa nel terremoto di Messina e di Calabria, nelle epidemie coleriche del 1910 e 1911, nella guerra di Libia, nella guerra dei Balcani, non fu certamente perfetto come tutte le cose di questo mondo, ma dimostrò indubbiamente l'attività instancabile e volenterosa di colui che dirigeva la benefica istituzione, il quale non abbandonò il suo posto di lavoro anche quando il male inesorabile ne aveva fiaccata la resistenza fisica. Il nome del senatore Rinaldo Taverna rimarrà legato per sempre a quello della Croce Rossa Italiana, insieme al nome del suo predecessore conte Gian Luca della Somaglia, ed entrambi saranno onorati dalla classe medica italiana.

Dott. A. GAROFALO.

Il dott. **Ignazio Fazzio**, medico-chirurgo condotto di Castrogiovanni, spentosi nella tarda età di 89 anni, ha lasciato un vivo rammarico nella cittadinanza perchè buono, puntuale, scrupoloso nell'esercizio di medico. Fu un modello di virtù.

C. B.

Rassegna della stampa medica.

Gaz. d. Hôp., 18 febbr. HORAND e COUDRAY. « L'anca a scatto ».

La Pratica oto-rino-lar., 15 febbr. CASTELLANI. « La curva della fatica nelle malattie del labirinto ».

La Belg. Méd., 16 febbr. MIN. « L'insufficienza surrenale ».

La Prov. Méd., 15 febbr. GRASSET. « La sieroterapia specifica ».

Riv. di Ig. e di San. Pubb., 16 febbr. BINAGHI. « La genesi dei tubercoli ferruginosi nelle condotte di acqua potabile ». — FINATO. « I provvedimenti contro la pellagra ».

The Journ. A. M A., 15 febbr. STONE. « Uso e abuso della batterioterapia ». — BORSTEIN. « Embolismo temporaneo dell'a. meseraica ».— SCHULMAN. « Sifilide dello sterno ».

Berl. Klin. Woch., 17 febbr. FIBIGER. « Nematodi (Spiroptera sp. n) in tumori papillomatosi e carcinomatosi del ratto ». — OXHAUSEN. « La natura dell'artrite deformante ». — ARON. « Sulla terapia pneumotoracica ». — MÜNZER. « Secrezioni interne e sistema nervoso ».

Münch. Med. Woch., 18 febbr. ASCHOFF, KRÖNIG e GAUSS. « Gli effetti dell'energia radiante sui cancri interni ». — LESSER. « La mobilizzazione del glicogeno ».

Gazz. d. Osp., 18 febbr. FIORINI. « Nuovo modello di esocardio ». — 20 febbr. POZZATO. « Sull'anestesia locale da infiltrazione ».

La Sem. Méd., 19 febbr. PARISOT e HEULLY. « Il trattamento degli itteri emolitici ».

La Presse Méd., 19 febbr. ROGER. « Sul compito della bile ».

Deut. Med. Woch., 20 febbr. v. WYSS. « Le basi della bromoterapia nell'epilessia genuina ». = PLEHN. « Malattie rare degli organi ematopoietici ».

Wien. Klin. Woch.. 20 febbr. HAMBURGER. « Il trattamento psichico nell'infanzia ». — LEDERER. « Un quadro morboso nella diatesi spasmofila ». — KÖHLER e LUGER. « Sulla reazione meiostagminica ».

Gaz. d. Hôp., 20 febbr. BRAULT. « Flemmone pericavernoso nei diabetici ». — ROZIÈRE. « La cuprasi nel cancro inoperabile ».

La Pediatria, 1 JEMMA. « Anemia da Leishmania ». — MUGGIA. « Ileo acuto da persistenza del diverticolo di Meckel ». — GISMONDI. « Terapia degli stati emorragici colle iniezioni di siero».

Ann. di Ost. e Ginec., II. BALLERINI. « Ricerche istochimiche sul grasso e sui lipoidi placentari ». — DECIO. « Applicazioni della reazione di Abderhalden ».

The Lancet, 22 febbr. HARROWER. « L'estratto splenico nella tubercolosi ». — HENDERSON. « Proteinuria Bence-Jones ».

La Rif. Med., 22 febbr. PAUL. « Vitalità del vibrione del colera a contatto con gli acidi ». — SPAGNOLIO. « Leishmaniosi interna (kala-azar) a Messina.

Paris Méd., 22 febbr. ODDO. « Le nevrosi e gl'infortuni sul lavoro ». — GUISEZ. « Trattamento del cancro dell'esofago col radium ».

Mediz. Klin., 23 febbr. FEHLING. « Trattamento della debolezza vescicale nella donna ». — MALIWA. « Sull'ittero dei neonati ».

Gazz. d. Osp., 23 febbr. CANTILENA. « Pseudoermafroditismo femminile ».

La Belg. Méd., 23 febbr. DE VEYLDER. « Presenza di nucleo-istone nei tumori maligni e nei tubercolomi ».

Klin.-ther. Woch., 24 febbr. WEBER. « La prognosi delle cardiopatie ».

Berl. Klin. Woch., 24 febbr. OPPENHEIM e KRAUSE. « Chirurgia cerebrale ». — WOHLGEMUTH. « Pancreas, fegato e ricambio d'idrocarbonati ». — MORGENROTH e GINSBERG. « Anestesia cutanea e alcaloidi della china ». — THEILHABER. « Sulla cura non operativa del carcinoma ».

La Presse Méd., 22 febbr. ERIBOULET e F. LÉVY. « Le iniezioni sottocutanee di urotropina nel trattamento della febbre tifoide ».

Gaz. d. Hôp., 22 febbr. BOVIER e MARTIN. — « La temperatura nella febbre tifoide ».

Brit. Med. Journ., 22 febbr. GODLEE, HUNTER e LISTER-COLLINS. « Tumori dell'orbita ».

Riv. crit. di Clin Med., 22 febbr. RODANO. « Tifo apirettico ed emorragico ».

La Prov. Méd., 22 febbr. PÉLISSIER. « La maschera ecchimotica da compressione addomino-toracica ».

Pensiero Med., 23 febbr. BOZZOLO. « Sulla mia cura dell'anemia da anchilostoma per mezzo del timolo ».

Riv. di Ig. e di San. Pubbl., 1 mar. BERTARELLI. « Sulla provenienza bovina della tubercolosi ».

Med. Rec., 22 febbr. WRIGHT. « Le iniezioni mercuriali profonde nelle malattie infettive ».

The Journal A. M. A.. 22 febbr. BARACH. « L'anafilassi locale ». — BREUNEMANN. « La coagulazione del latte nello stomaco ». — JUTTE. « Lavaggio transduodenale ».

L'Idrologia, ecc. febbr. COLESCHI. « Anacloria trattata con la galvanizzazione dei vaghi ».

Giorn. di Med. Mil., 31 genn. AMENTA. « Chirurgia da guerra ». — CONSIGLIO. « Nevrosi e psicosi in guerra ».

Münch. Med. Woch., 25 febbr. KUTSCHERA. « Sull'etiologia idrica del gozzo e del cretinismo ». — BOCHNCKE. « Sulla chemo-sieroterapia dell'infezione pneumococcica ». — QUERNER, ROSENBERG. « Il bacillo tubercolare nel sangue circolante ». — MAGNUS. « Cura delle ferite con lo zucchero ». — ASCHOFF, KRÖNIG e GAUSS. « Azione dell'energia radiante sui cancri profondi ».

L'Igiene della Scuola, febbr. HAJECH e ALBERTINI. « Colonie scolastiche marine ».

Gaz. d. Hôp., 25 febbr. GUEIT. « Le iniezioni intratracheali nelle affezioni delle vie respiratorie ».

La Presse Méd., 26 febbr. DEJERINE e GAUCKLER. « Comprensione della nevrastenia ».

La Méd. Soc., 25 febbr. ALBERTONI. « La fisiologia e la questione sociale ».

Le Bull. Méd., 26 febbr. CHAUFFARD. « Ascesso dissenterico del fegato aperto nei bronchi; guarigione ».

Gazz. Med. It., 27 febbr. LURA. « Contributo allo studio dell'antianafilassi »

La Sem. Méd., 26 febbr. FRUGONI. « Rapporti tra iperfunzionamento viscerale e morbidità della rete vascolare corrispondente ».

The Practitioner, mar. COLLIE. « Come prevenire la simulazione nell'assicurazione statale ». — YEARSCLEY. « L'otologia nel 1912 ». — Mc. CANN. « La ginecologia nel 1912 ».

Giorn. intern. d. Sc. Med., 28 febbr. MONTEFUSCO. « Coesistenza di varicella e scarlattina ».— MUZJ. « Azione dei raggi X sulla milza normale ».

Policlinica, febbr. SANCHEZ « Sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare incipiente attiva ».

Deut. Med. Woch, 27 febbr. UHLENHUCH, MULZER e HÜGER. « Azione chemoterapica dei preparati d'antimonio nelle spirochetosi e tripanosomiasi ».— PAL. « L'azione dell'oppio, suoi componenti e sostituti ».

Gl'Incurabili, febbr. BERGER. « La bilirubina nelle urine ».

Riv. Ospedal., 28 febbr. MUZI. « Di un nuovo metodo di sintesi ossea ».

Il Morgagni, febbr. SABELLA. « La parotite quale complicazione nel colera e nelle malattie atassico adinamiche in genere» . — ROCCAVILLA e PUSINICHI. « Sulla tubercolosi biliare intraepatica ».

La Tubercolosi, febbr. MARAGLIANO V. « La Roentgendiagnosi della tubercolosi polmonare.

Proc. of the R. Soc. of Med., febbr. LLEWELLIN. « Sulla fibrosite (discuss.). — RUSS. « Raggi X secondari dai tessuti animali ». — MILLIGAN. « La meningite di origine otitica (discussione). — MOTT. « L'eredità neuropatica ». — HORDER. « La cura non operativa dei tumori maligni (discuss) ».

Pathologica, 1 mar. SILVESTRI. « Milza ed eritropoiesi ». — FAZIO. « Sul potere antitriptico dei tumori ». — SEGÀLE. « La reazione attuale del siero di sangue negli sparatiroidati ».

La Rif. Med., 1 mar. CASTELLINO. « Fisiopatologia delle capsule surrenali ». — CROWTHER, « Struma aberrante della loggia sottomascellare » — DAL LAGO. « L'arteriosclerosi gastrica ».

Le Bull. Méd., 1 mar. PLICQUE. « Il trattamento medicamentoso della litiasi biliare ».

Paris Méd., 1 mar. SABAURAND. « Numero consacrato alla dermo-sifilografia ».

Le Progrès Méd., 1 mar. ROZIER e ARRIVAT. « L'aria calda in terapia (l'aerotermoterapia) ».

The Lancet, 1 mar. BERRY. « La chirurgia della tiroide ». — BRUCE. « La prognosi della tubercolosi polmonare ». — CASTELLANI. « Vaccinazione antitifoidea e paratifoidea con vaccini vivi attenuati ».

Zbl. f. Chir., 1 mar. BOCHARDT. « Sul trattamento della gangrena incipiente ». — PARLAVECCHIO. « Sulla tecnica della ligatura prepilorica ». — KUHN. Sulla tecnica delle trasfusioni di sal marino ».

Zbl. f. inn. Med., 1 mar. GOLUBOW. « Sulla setticemia ».

Med. Klinik, 2 mar. FISCHL. « Sulla scarlattina ». — WETTSTEIN. « Sull'anestesia locale ».

Gazz. d. Osp., 2 mar. RIDELLA. « L'odierna chirurgia gastro-intestinale ». — LOMBARDI COMITE. « Sifilide gastrica simulante una neoplasia ».

Rev. de Thérap., 1 mar. HENROT. « Trasfusione del sangue ». — BERGONIÉ. « La diatermia nella cura della magrezza ».

Jahresk. f. ärtl. Fortb., mar. « Malattie della digestione, del ricambio, del sangue ».

La Presse Méd., 1 mar. BERTOLOTTI. « Sull'acondroplasia ». — RAVAUT. Nuovo processo per le iniezioni di neosalvarsan ».

Pensiero Med., 2 mar. MORONE. « Patogenesi e terapia delle cosidette nefralgie ematuriche ».

Berl. Klin. Woch., 3 mar. POUSSON. « Sulla chirurgia delle nefritidi » — ZINSSER. « Il rene nell'eclampsia ». — Abel. « L'elettrocoagulazione nella cura chirurgica del cancro ».

La Liguria Med., 1 mar. FERRAI. « Diagnosi di gravidanza col metodo polariscopico e col metodo della dialisi ». — VIDONI. « Sull'aortite nei paralitici generali ».

Beiträge z. Klinik d. Infekt. u. z. Immunitätforsch, 2 mar. HEGLER. « Malattie mughettiformi delle glandole salivari ». — ABDERHALDEN. « Il metodo della dialisi e il metodo ottico in patologia ». — LESCHKE. « Diagnosi serologica dei tumori ». — LÜDKE. Infezioni miste e infezioni secondarie ». — UFFENHEIMER e AWERBUCH. « L'anafilassi nelle malattie esantematiche acute ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. *Roma, 25 maggio 1913* Fasc. 21

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO SIEROTERAPICO DI MILANO
diretto dal prof. S. BELFANTI.

Il valore del clistere preventivo sui sintomi d'anafilassi.

Nota del dott. GIOVANNI LAGANÀ
assistente onorario della Clinica oculistica
della R. Università di Roma.

Dopo che Ch. Richet fece la sua prima comunicazione sull'anafilassi — comunicazione che fa epoca nel campo della dottrina immunitaria — e dopo che i sintomi della malattia da siero furono conosciuti nella loro essenza, si cercarono i mezzi atti ad ovviarli, tanto più che questi sintomi, oltre a destare fondate titubanze nei seguaci della sieroterapia, avevano fornito un'arma a coloro che, a questo moderno e vittorioso mezzo di lotta contro le malattie infettive, negavano ogni importanza per partito preso o per misoneismo.

I mezzi antianafilattici preconizzati sono diversi: modificazioni da indurre nei sieri colla temperatura e stagionatura, impiego di morfina, etere o cloroformio, iniezioni subentranti e clisteri dello stesso siero, iniezioni sottocutanee di cloruro di sodio, di lecitina, ecc.; la moltiplicità loro può, *a priori*, darci la convinzione che nessuno presenta un'efficacia notevole. Tra questi metodi preventivi il clistere propugnato da Besredka — il quale così notevole contributo ha dato alla dottrina dell'anafilassi — ha fautori ed oppositori.

L. Bernard, Debré, Porak gli attribuiscono una benefica modificazione sui sintomi di anafilassi; Martin e Darré invece, dopo un'esperienza basata su 1400 casi curati colla sieroterapia sconsigliano l'impiego profilattico delle iniezioni intrarettali di siero, che essi chiamano « incerto ed anche pericoloso perchè ritarda di 24 ore la cura sieroterapica intravenosa, sottocutanea e rachidea, che sola ha un reale valore terapeutico ».

Queste conclusioni contradittorie m'indussero a riportare il clistere antianafilattico nel campo sperimentale.

La tecnica da me seguita non ha bisogno di lunghi chiarimenti. A cavie sensibiiizzate con siero di cavallo normale, e ad altre usate pel dosaggio dei sieri, praticai, 16-20 ore prima della iniezione determinante lo choc, un clistere di 10 cmc. di siero normale di cavallo, dopo avere vuotato il retto con un clistere di glicerina.

Prima e cinque minuti dopo la reiniezione, misurai la temperatura rettale per conoscere l'abbassamento a causa dello choc.

I ESPERIENZA. — Quattordici cavie del peso medio di 350 gm. furono preparate con un'iniezione sottocutanea 1 cmc. di siero normale di cavallo. Dopo un vario numero di giorni, superiore ai dodici, feci loro un'iniezione endogiugulare della stessa quantità di siero; ma un gruppo di esse (8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª) aveva ricevuto 16 ore prima un clistere antianafilattico.

Dalla seguente tabella I risulta:

TABELLA I.

Gruppo	Numero d'ordine	Numero di registro	Intervallo tra 1ª e 2ª iniezione	T. C.° prima	T. C.° dopo	Muore	Vive	Osservazioni
Anafilattico	1ª . .	29,684	giorni 16	38	35.6	+	..	dopo 2 ore
	2ª . .	29,685	id.	37.8	35.8	..	si	anafilassi grave
	3ª . .	29,686	giorni 18	39	37	..	si	» lieve
	4ª . .	29,687	giorni 24	39.1	35.7	+	..	dopo 5 ore
	5ª . .	29,688	giorni 25	37 8	35.4	+	..	dopo 7 ore
	6ª . .	29,689	id.	38.2	35.5	+	..	dopo 3 ore
	7ª . .	29,690	id.	37.5	35	..	si	anafilassi grave
Antianafilattico	8ª . .	29,676	giorni 16	38	35.8	..	si	anafilassi grave
	9ª . .	29,677	giorni 18	37.8	36.5	..	sì	id.
	10ª .	29,678	id.	38.8	35 7	+	..	dopo 5 ore
	11ª .	29,679	giorni 24	37.9	35.2	..	si	anafilassi grave
	12ª .	29,680	id.	38.2	35.4	+	..	dopo 10 ore
	13ª .	29,682	giorni 27	37.5	35.3	+	..	dopo 4 ore
	14ª .	29,691	id.	38	35.6	+	..	dopo 2½ ore

Che il clistere preventivo di 10 cmc. di siero non modificò i sintomi d'anafilassi. Lo choc anafilattico si ebbe nel 100 per 100 delle cavie a causa della via endovenosa scelta per la reiniezione. La mortalità fu egualmente elevata tanto nelle cavie appartenenti al 1° gruppo quanto in quelle appartenenti al 2°. Le cavie sopravissute 2ª, 3ª, 7ª trattate per l'anafilassi, e 8ª, 9ª, 10ª antianafilattizzate non mostrarono differenze rilevanti riguardo i sintomi.

Perchè non sorga il sospetto che la via endovenosa abbia potuto essere causa di morte, indipendentemente dall'anafilassi, indico la tabella IV nella quale figurano 5 cavie preparate per via endovenosa, senza che esse abbiano avuto alcun disturbo per l'atto operativo.

II ESPERIENZA. — Sei cavie, del peso medio di gr. 250, usate pel dosaggio dei sieri, e perciò preparate con piccola quantità di siero, ricevettero per via endovenosa 1 cmc. di siero normale di cavallo. La 4ª, 5ª e 6ª ebbero prima il clistere preventivo.

TABELLA II.

Gruppo	Numero d'ordine	Numero di registro	Intervallo tra 1ª e 2ª iniezione	T. C.° prima	T. C.° dopo	Muore	Vive	Osservazioni
Anafilattico	1ª. .	26, 849	giorni 15	37·9	35·2	+	..	dopo 15 minuti
	2ª. .	26, 851	id.	37·8	35·8	+	..	dopo 48 ore
	3ª. .	26, 853	id.	37·6	35	+	..	dopo 4 minuti
Antianafilattico	4ª. .	26, 848	giorni 15	37	35	+	..	dopo 10 minuti
	5ª. .	26, 850	id.	37·8	35·6	+	..	dopo 20 minuti
	6ª. .	26, 852	id.	36·8	35·4	+	..	dopo 5 minuti

Le cavie usate per il dosaggio reagirono squisitamente con una mortalità del 100 per 100. Anche qui non è possibile rilevare alcun effetto benefico del clistere.

III ESPERIENZA. — 8 cavie usate pel dosaggio ricevettero per via endocerebrale 1/4 cmc. di siero normale di cavallo; 5 di esse ebbero prima il clistere preventivo.

TABELLA III.

Gruppo	Numero d'ordine	Numero di registro	Intervallo tra 1ª e 2ª iniezione	T. C.° prima	T. C.° dopo	Muore	Vive	Osservazioni
Anafilattico	1ª. .	26, 859	giorni 14	37	35·8	..	sì	grave anafilassi
	2ª. .	26, 860	id.	37	35	+	..	dopo 10 ore
	3ª. .	26, 866	id.	38	35	+	..	dopo 5 ore
Antianafilattico	4ª. .	26, 867	giorni 12	..	..	..	..	muore per anafilassi per solo clistere preventivo.
	5ª. .	26, 879	giorni 14	37·9	35·2	+	..	dopo 5 ore
	6ª. .	26, 881	id.	38	36	..	sì	grave anafilassi
	7ª. .	26, 883	id.	37·6	36·5	..	sì	lieve anafilassi
	8ª. .	26, 884	id.	38·2	35·8	..	sì	grave anafilassi

Pare dall'esame di questa tabella III che, quando la via scelta per la reiniezione è la endocerebrale, il clistere antianafilattico diminuisce la mortalità ed attenua i sintomi dello choc. Ma non bisogna, d'altro lato, tralasciare di considerare quello che è avvenuto nella cavia n. 4. Essa morì dopo 10 ore dal clistere e l'autopsia mostrò un quadro anatomopatologico tipico di anafilassi; non v'era altra lesione capace di spiegarne la morte. Nè questo fatto è unico nel corso delle mie esperienze, perchè lo stesso ebbi ad osservare nella cavia n. 3 della tabella IV.

IV ESPERIENZA. — Cinque cavie, del peso medio di gm. 300, ricevettero un'iniezione preparante endogiugulare di 1 cmc. di siero normale di cavallo. La seconda iniezione fu fatta nel peritoneo e nella quantità di 5 cmc. di siero normale. Tre di esse ebbero prima il solito clistere antianafilattico.

TABELLA IV.

Gruppo	Numero d'ordine	Numero di registro	Intervallo tra 1ª e 2ª iniezione	T. C.° prima	T. C.° dopo	Muore	Vive	Osservazioni
Anafilattico	1ª. .	29,692	giorni 24	39.7	37.5	..	sì	non anafilassi
	2ª. .	29,694	id.	39.4	37.4	..	sì	id.
Antianafilattico	3ª. .	29,696	giorni 24	..	..	+	..	per il solo clistere
	4ª. .	29,699	id.	39	38.8	..	sì	non anafilassi
	5ª. .	29,700	id.	39.1	37.9	..	sì	id.

La via endoperitoneale, secondo i risultati della precedente tabella, fallì completamente allo scopo di determinare anafilassi, perciò non si possono trarre conclusioni riguardo l'efficacia del clistere preventivo. Unica differenza tra il 1° gruppo (anafilattico) ed il 2° (antianafilattico) fu un maggiore abbassamento di temperatura nelle cavie appartenenti a quello; da ciò si potrebbe concludere per una certa efficacia del clistere in questo caso, in base al valore, attribuito da alcuni all'abbassamento di temperatura, di squisito indice di manifestazioni anafilattiche. Avendo osservato, invece, spesse volte, che basta l'iniezione endogiugulare di 1 cmc. di siero in una cavia normale perchè la temperatura si abbassi di 1-2 C°., io ritengo che in tutte le cavie della tabella IV non vi fu anafilassi.

Richiamo ancora l'attenzione sulla cavia n. 3 che morì dopo 5-h dal clistere con sintomi d'anafilassi; anche qui, a mezzo dell'autopsia, esclusi la possibilitàche la morte fosse dovuta ad altra causa.

In breve dalle mie ricerche risulta:

1° Che il clistere, eseguito a scopo antianafilattico 16-20 ore prima della reiniezione, è inefficace ad attenuare lo choc anafilattico quando la via scelta per determinare questo è l'endovenosa.

2° Esso diminuisce la mortalità ed attenua i sintomi anafilattici quando la reiniezione è fatta per via endocerebrale alla Besredka.

3° Il clistere preventivo, di per sè solo, può determinare la morte e lo choc degli animali sensibilizzati.

***

Per quanto ancora non si sia raggiunto l'accordo sulla vera essenza della reazione tubercolinica, se cioè essa debba o no interpretarsi come un fenomeno d'anafilassi, mi venne in mente, nel corso delle precedenti esperienze, di provare come si sarebbero comportate le cavie tubercolotiche rispetto all'iniezione sottocutanea, sicura-

mente letale, di ½ cmc. di tubercolina, nel caso avessero ricevuto (16-20 ore prima) un clistere di una soluzione di tubercolina.

La tubercolina assorbita per via rettale sarebbe stata capace d'impedire la morte sicura per l'iniezione di ½ cmc. di tubercolina?

Per le esperienze usai cavie infettate sperimentalmente per via sottocutanea con coltura di bacilli tubarcolari del tipo umano, esse mostravano ancora un buono stato di nutrizione.

I cavia: Ricevette un clistere contenente in 10 cmc. di soluzione fisiologica, 10 cgr. di tubercolina. Mori dopo 10 ore.

Autopsia: tubercolosi grave dei polmoni; tubercoli diffusi sul peritoneo.

II cavia: Clistere di 1 cgr. di tubercolina in 10 cmc. di soluzione fisiologica. Mori dopo 12 ore.

Autopsia: tubercolosi grave dei visceri addominali.

III cavia: Clistere di 5 mgr. di tubercolina in 10 cmc. di soluz. fisiologica.

Dopo 20 ore l'aspetto era ancora normale.

Fu praticata l'iniezione sottocutanea di ½ cm. di tubercolina che determinò la morte in quattro ore.

Autopsia: Tubercolosi toracica e addominale.

Non essendomi stato possibile far tollerare alle cavie tubercolose un clistere con una quantità di tubercolina maggiore del mezzo centigrammo, pensai di mescolare la tubercolina con un siero antitubercolare, favoritomi cortesemente dal professor Belfanti.

Ecco i risultati:

IV cavia: Clistere di 10 cgr. di tubercolina in 5 cm. di siero antitubercolare. Dopo 20 ore la cavia era viva e di buon aspetto; le fu praticata l'iniezione sottocutanea di tubercolina (25 cgr.), che la uccise in 8 ore.

Autopsia: Tubercolosi di tutti i visceri.

V cavia: Trattata come la precedente. Mori dopo 14 ore.

Autopsia: Grave tubercolosi addominale.

La tubercolina introdotta per via rettale viene assorbita rapidamente e può determinare la morte di cavie tubercolose, anche in piccola quantità (1-10 cgr.).

La tubercolina introdotta per via rettale, quando da se sola non determina la morte, non ha alcun effetto benefico contro l'iniezione sottocutanea letale.

Rendo vivi ringraziamenti al prof. Belfanti ed al dott. Orsini che mi furono larghi di ogni aiuto durante queste ricerche.

BIBLIOGRAFIA.

1. CH. RICHET. *L'anafilassi.*
2. BESREDKA. *Dei mezzi per impedire i disturbi anafilattici.* Comptes-Rendus de la Société de Biologie, 1909.
3. BESREDKA. *Il processo delle piccole dosi ed iniezioni subentranti.* Annales de l'Institut Parteur, 1910.
4. ID. *Come si può combattere l'anafilassi.* Annales de l'I. P., 1907.
5. ACHARD e FLAUDIN. *Sulle condizioni dell'antianafilassi a mezzo della lecitina.* Comptes-Rendus Soc. Biol., 1912.
6. ARMAND, DELILLE e L. LAUNOY. *A proposito dell'azione antianafilattica delle soluzioni saline di cloruro di sodio.* Comptes-Rendus. Soc Biol., 1912.
7. BERNARD, DEBRÉ e PORAK. *Sul meccanismo e la profilassi degli accidenti della sieroterapia antitubercolare.* Presse médicale, 5 ott. 1912.
8. MM. MARTIN e DARRÉ. *Gli accidenti da siero osservati all'ospedale Pasteur.* Presse médicale, 29 ott. 1912.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOLOGIA.

La palpazione metodica del colon.

A. Cawadias riassume (*La Presse médic.*, 2 novembre 1912) tecnica e risultati della palpazione del grosso intestino; l'esplorazione intestinale praticata a mezzo della palpazione può dare spesso resultati assai precisi.

La palpazione deve essere *superficiale* e *profonda*, deve riguardare il cieco, l'appendice, il colon trasverso, il discendente, l'S iliaca. L'ammalato deve giacere in decubito dorsale, e respirare liberamente.

Per la palpazione superficiale le due mani a piatto saranno poggiate sulla parete con la parte palmare: si ha così un primo elemento di giudizio circa la resistenza muscolare e indebolimento della parete. Se esistono, si palpano le anormali tumefazioni grosse e superficiali, si può apprezzare lo stato della sensibilità, eventuali iperestesie, corrispondenti ai differenti visceri.

Particolari più precisi dà la palpazione profonda.

Le mani del medico anche per questa manovra saranno poggiate l'una accanto all'altra, ma l'asse delle mani sarà diretto secondo l'asse dell'intestino: si pieghino le estremità digitali, e si deprima cautamente la parete approfittando dei movimenti di espirazione, senza fare troppa forza, in maniera da comprimere il segmento intesti-

nale contro la parete posteriore; si possono quindi esercitare dei movimenti delle dita trasversali, così da provocare movimenti di scivolamento dell'intestino; apprezzeremo l'esistenza o l'assenza nella regione esplorata del segmento colico, la forma, la dimensione, il decorso, la mobilità del segmento, lo stato della parete, del contenuto (rumore di gorgoglio) la sensibilità, la presenza eventuale di un tumore; alla palpazione si può associare il rigonfiamento del colon, ma non è un procedimento necessario.

Circa i risultati che con la palpazione si ottengono, così l'A. li riassume:

Il *cieco* è palpabile nella maggioranza dei casi, e di esso si può sentire l'anomalia di posizione esistente (ptosi, cieco alto); la produzione di gorgoglio in un cieco, al quale si possono imprimere movimenti superiori all'ordinario, è buon segno per il sospetto di cieco fluttuante. Si può palpare il cieco in contrazione spasmodica, quasi come un salcicciotto, talora esso si sente rilasciato, atonico, flaccido. La nostra palpazione non provoca in genere dolore alcuno, si può pensare ad una tiflite o peritiflite, se si provoca dolore piuttosto forte; circa i tumori, essi sono bene apprezzabili con la palpazione (tubercolosi, cancro, actinomicosi, ecc.) però sempre un purgante nei casi dubbi dovrà eliminare il sosperto di un tumore fecale.

L'*appendice* invece d'ordinario non è percettibile con la palpazione, solo se un'infiammazione cronica o un tumore si impianta su di essa, la palpazione dà resultati positivi: bisogna ricordare gli errori ai quali possono esporre la ptosi nella fossa iliaca destra del colon, le contratture muscolari, le quali talora ci mostreranno delle appendiciti fantasmi, così l'epiploite e la linfangite, che si sviluppano in seguito ad appendiciti, potranno far credere di palpare l'appendice.

Per il *colon trasverso* la tecnica offre particolarità che devono essere conosciute: partendo dal cieco o dall'ansa sigmoide, si risale fino agli angoli colici, si procede per tentativi, palpando nelle profondità: il colon trasverso in genere non ha decorso propriamente trasversale, esso dimostra forma piuttosto curva a concavità superiore; il punto culminante della curva si trova in prossimità dell'ombellico e qui bisogna cercarlo. Nel 40 % dei casi il colon trasverso è palpabile, talora è leggermente contratto (corda colica) senza che si presenti segno di affezione gastro-intestinale. Se però si palpa questo segmento intestinale in maniera perfetta, tanto da poterlo quasi disegnare sulla parete addominale, si tratta sempre di casi di dispepsia o di enteroptosi. Se si palpa il colon trasverso quasi come un tubo che sfugge sotto le dita, è necessario differenziarlo dallo stomaco (rigonfiamento).

Per affermare che esiste una ptosi colica, è necessario che il colon giunga molto basso, in parte nel bacino, che non possa essere sollevato se non difficilmente, e che contemporaneamente altri segni di visceri ptosici coesistano.

Nelle diverse coliti esiste un aumento della sensibilità colica. La diagnosi di localizzazione è possibile con la palpazione, la quale infine è il migliore mezzo per l'esatto apprezzamento di un tumore esistente.

L'ansa sigmoide è il tratto più facilmente palpabile, poco mobile d'ordinario, presenta frequenti anomalie. Lo spasmo della parete si può apprezzare assai nettamente, e con eguale facilità ci si rende conto del contenuto. Lo stato della sensibilità può servirci per la localizzazione di sede dell'enterocolite.

In conclusione, la palpazione addominale praticata con buona tecnica e con metodo, ci rende edotti della presenza di un tumore, dello stato della sensibilità e quindi della localizzazione, dello stato della parete intestinale (spastica, flaccida), della posizione dei visceri, del loro decorso per un'eventuale massoterapia. Quando il medico è *un artista della palpazione*, la radiografia conferma d'ordinario i dati della palpazione.

T. PONTANO.

CHIRURGIA.

La cura chirurgica del peritoneo.

(D. BROUHA. *Le Scalpel médical*).

Il Brouha pubblica i risultati di un'inchiesta fatta tra i chirurgi e ginecologi belgi sul modo di trattare il peritoneo nel corso delle laparotomie.

L'A. si pone varie questioni e cerca di rispondere riportando i risultati della suddetta inchiesta.

1ª quistione: *Influenza delle azioni meccaniche sul peritoneo.* Tutti i ginecologi belgi ritengono col Bumm di Berlino che le manipolazioni del peritoneo per una perfetta emostasi, per suturare con cura le ferite peritoneali, e vuotare nel modo più completo la cavità di liquidi (sangue, liquido cistico), sono completamente giustificate. Conviene tuttavia ridurre al minimo queste irri-

tazioni meccaniche della sierosa peritoneale. Si ritiene che non si debba fare uso di compresse ripetutamente per evitare le emorragie durante l'operazione, essendo affatto perniciosa questa pratica. La maggioranza dei ginecologi belgi usano spugne e compresse peritoneali asciutte, secche.

Per Schockaert le compresse debbono essere un po' umide e ben calde. Rouffart adopera le compresse intrise in soluzione fisiologica solo per riscaldare gli organi portati fuori dal peritoneo.

Il tamponamento alla Mickulicz da tutti gli operatori quasi è stato abbandonato, e riservato solo ai casi di emorragie incoercibili o di isolamento di regioni particolarmente infette del peritoneo. Quasi tutti gli operatori adoperano fili riassorbibili per le suture e le legature, evitano le suture in massa, e peritoneizzano sempre i monconi.

2ª questione: *Azioni chimiche.* Tutti i ginecologi belgi ritengono inutile o dannoso ogni lavaggio del peritoneo con la soluzione fisiologica, e cercano di ripulire a secco la cavità. Nessuno ha constatato l'azione nociva dell'aria chiusa nel cavo peritoneale. La maggior parte non ha esperienza sul valore profilattico delle iniezioni di olio canforato nell'addome. Dauwe solo con successo ha iniettato prima della chiusura della parete 150 cmc. di soluzione al 4 % di olio canforato. Nel Belgio poi è sorto il metodo dell'introduzione di ossigeno (Thiriar) per la profilassi e la cura delle peritoniti post-operatorie.

3ª quistione: *Azione dei batteri.* Tutti i ginecologi belgi condividono l'opinione di Bumm, che i germi capaci di provocare peritonite sono innanzi tutto gli streptcocchi, poi gli stafilococchi, i pneumococchi, e poi dei uricobi a bastoncino di diversá specie, i quali tutti penetrano o con le goccioline di saliva che fuoriescono dalla bocca dell'operatore o dall'aria.

Per la profilassi quindi: isolamento completo della sala delle operazioni asettiche da quella delle operazioni settiche; uso obbligatorio dei guanti per l'operatore, gli assistenti e gl'infermieri; abolizione della barba (Jacobs); silenzio durante l'operazione; copertura del capo con un panno di tela, e protezione della bocca con della garza; bagni generali frequenti degli operatori e degli aiuti.

Ha grandissima importanza dopo l'operazione il lasciare la sierosa peritoneale *intatta e secca*, e per far ciò occorre: una emostasi perfetta, l'isolamento accurato del campo operatorio fin da principio, la peritonizzazione accurata di tutte le superficie cruentate, il vuotamento di tutti i liquidi versati nel cavo peritonale. Nei casi in cui la peritonizzazione non può eseguirsi, o si ha una emorragia ostinata, occorre ricorrere ad un tamponamento provvisorio con garza, il quale unito col *metodo ossigenato* rende inestimabili servigi nei casi infetti o sospetti di infezione. Questo metodo consiste (Thiriar) nel porre accanto al tampone di garza una sonda di Nélaton in comunicazione con un tubo di ossigeno, dal quale si abbia una continua fuoriuscita di gas, bolla a bolla.

Il drenaggio con tubi in *caoutchouch*, in argento od in vetro nel Belgio sono aboliti.

Nelle peritoniti post-operatorie, così come consiglia Bumm, occorre rioperare appena se ne fa la diagnosi.

L'intervento deve essere rapido, limitarsi al vuotamento dei liquidi settici e terminarsi con l'applicazione di un doppio drenaggio tra cui circoli dell'ossigeno (Javaux, Rouffart).

G. QUARTA.

NEUROPATOLOGIA.

Recenti ipotesi sulla etiologia della corea del Sydenham

(Académie de médecine e Soc. méd. des hôpitaux, Parigi, novembre-dicembre 1912).

Sotto il nome di *corea* si comprende un gruppo di affezioni il cui sintoma principale è costituito da contrazioni muscolari e da movimenti involontarî, più o meno disordinati, che presentano un carattere particolare.

Le principali forme di corea sono: la corea del Sydenham, la *corea gravidarum*, la corea degenerativa del Huntington, la corea isterica, le coree elettriche di Dubini e di Bergeron-Henoch, e le coree post-emiplegiche.

L'etiologia e la patogenesi sono varie per le differenti forme, però la localizzazione della lesione nervosa che produce il movimento coreico, è con tutta probabilità unica e deve ricercarsi nel cervello, poichè il concetto dell'origine rolandica (Murri) della corea è avvalorato da molti dati clinici ed anatomo-patologici.

Lasciando da parte le questioni relative alle altre forme di corea, ed alla loro etiologia e patogenesi, gli autori da un pezzo discutono intorno alla etiologia della forma più comune di corea, cioè la così detta *corea minor* o *corea infettiva* o *del Sydenham*. Questa affezione è in rapporto più o meno diretto con una infezione pregressa e si manifesta in modo acuto o subacuto nei bambini e nei giovani, specie dopo malattie in-

fettive acute come scarlattina, morbillo, pertosse, difteria, angina, ecc.

Sopratutto è rimarchevole il rapporto fra corea e poliartrite reumatica, per cui fin dal 1850 German Sée sostenne la natura reumatica della malattia, e l'Heubner la designò come un equivalente reumatico, come pure il Meyer che nell'80 % dei casi dimostrò evidente il rapporto stesso.

I reperti positivi di microrganismi nel cervello dei coreici sono ancora scarsi e malsicuri (Maragliano, Dana, Richter, Guizzetti, Cesaris-Demel)

Pianese trovò un diplobacillo le cui culture hanno provocato una corea sperimentale negli animali. Westphal e Wassermann poterono isolare dal sangue e dai tessuti di un coreico uno stafilococco che introdotto nel sangue degli animali, produsse il quadro del reumatismo articolare.

Meyer, Sander ed altri isolarono invece degli streptococchi.

Cesaris-Demel è riuscito a coltivare dal cervello di un coreico uno stafilococco piog. aur. ed ha potuto mettere in evidenza nella corteccia dei focolai infiammatorî puntiformi con localizzazioni micotiche da stafilococco: questo microrganismo inoculato insieme alle sue tossine per via subdurale ha determinato una complessa sindrome morbosa simile alla corea.

R. Simonini ammette che la corea sia il risultato di una ipofunzione paratiroidea, di una intossicazione paratireopriva, come già Carnot e Delion avevano pensato.

Mya include la corea nel gruppo di quelle forme morbose in cui l'etiologia entra come fattore secondario, in quanto la corea colpisce probabilmente soggetti nei quali è speciale disposizione a risentire delle cause infettive e tossiche per una alterazione di quel complesso e multiplo congegno glandolare a secrezione interna che provvede alla protezione chimica dell'asse cerebro-spinale.

Secondo Negro la teoria tossicoinfettiva delle coree volgari non può e non deve avere il valore di generalizzazione che da parecchi autori gli si volle assegnare poichè esistono quadri clinici di *corea minor* nella infanzia i quali non hanno alcun rapporto colla influenza di agenti tossici ed infettivi.

Per il neurologo di Torino certe forme *di* corea minor *e di corea cronica costituirebbero una sindrome motoria equivalente alla epilessia.*

Una tendenza verso questa identificazione venne di già manifestata in un magistrale lavoro sulle *policlonie* e *coree* da Augusto Murri (*Policlinico*, Sez. Med., 1899) e Bechterew ed Hoffmann descrissero casi, come uno illustrato recentemente dal Forni (*Arch. di Psichiatria*, 1907), nei quali corea ed epilessia coesistevano in un medesimo individuo.

***

Sulla natura *sifilitica* della corea del Sydenham si è discusso in questi ultimi giorni in Francia alla Società degli Ospedali di Parigi e all'Accademia di Medicina (novembre e dicembre 1912), per una comunicazione sull'argomento di M. Milian.

Il Milian studiando 1: casi di *corea minor*, per la ricerca della reazione di Wassermann, per lo studio delle stimmate distrofiche, per l'esame degli ascendenti, trovò in 11 casi l'eredosifilide, in 2 la sifilide probabile, e in 2 dubbia. In nessuno di tali coreici potè rintracciare antecedenti reumatici: il trattamento arsenicale, come per la sifilide, gli diede ottimi risultati.

La comunicazione del Milian fu ed è oggetto di vivaci osservazioni da parte dei neuropatologi e pediatri francesi.

Per Comby tale concezione dell'origine sifilitica della corea non è scientifica: l'endocardite spesso in ballo fa pendere la bilancia verso la natura spesso reumatica della malattia; nè l'aver trovato l'eredosifilide fra gli antecedenti, nè l'azione terapeutica dell'arsenico, sono delle prove convincenti.

Nobécourt ha visto spesso assente la reazione di Wassermann nei coreici, mentre è positiva negli eredosifilitici con alterazioni del sistema nervoso ed è anche del parere di Comby, riguardo all'importanza della infezione reumatica.

Mercklen ha osservato recentemente una giovanetta di 10 anni, eredosifilitica e coreica: la reazione di Wassermann fu negativa con il liquido cefalo-rachidiano e questo fatto, secondo lui, depone contro la natura sifilitica degli accidenti nervosi della corea.

Pierre Marie e Chatelin pur confermando i risultati favorevoli della cura arsenicale (606) nella corea del Sydenham (in 25 casi ebbero scomparsa dei movimenti anormali dopo quattro iniezioni) non credono alla natura sifilitica della malattia: su otto dei loro malati la Wassermann fu negativa. Gli arsenicali, per Marie, hanno azione eutrofica sulla nutrizione generale e forse hanno anche azione antiparassitaria sull'agente patogeno, ancora mal conosciuto, che dà la corea.

Dott. GIOVANNI GENOESE.

BIOLOGIA GENERALE.

Le funzioni del polmone.

(Lezione del prof. H. ROGER. *La Presse médicale*).

Fra tutte le manifestazioni esteriori che sembrano, a prima vista, caratteristiche della vita, l'atto respiratorio è il più evidente. Ora l'esperienza scientifica è venuta a confermare l'importanza primordiale della respirazione: tutte le funzioni degli esseri superiori possono venire sospese per un tempo relativamente lungo, ma l'arresto della meccanica respiratoria è incompatibile con la vita.

L'arresto della circolazione riesce mortale perchè sopprime la respirazione interna; infatti negli esseri superiori bisogna distinguere una *respirazione esterna* e una *interna*, sebbene in ultima analisi si tratti di processi intesi ad assicurare la continuità regolare delle ossidazioni, caratterizzate da un assorbimento di O e liberazione di CO^2.

A tal proposito dobbiamo notare come la distinzione pasteuriana tra organismi anaerobi e aerobi abbia perduto il significato originale, poichè i lavori di Armand Gautier e le ricerche di Erhlich mostrano che la respirazione anaerobia è un fenomeno generale, che possiamo trovare negli organismi più elevati e che si può dimostrare studiando il potere riduttore dei tessuti.

Qualunque sia l'origine dell'O, la respirazione cellulare porta alla produzione del CO^2, che, direttamente o dopo avere attraversato l'ambiente interno, è espulso dall'organismo. Se questo non si libera dal CO^2, che è un vero veleno, si hanno disturbi rapidamente mortali: P. Bert vide che dei topolini posti sotto una campana contenente del CO^2 soccombono in 1-2' per arresto del cuore. Una elegante esperienza del Landriani depone nello stesso senso: la legatura di una delle due trachee della tartaruga non arreca alcun disturbo notevole, ma l'inalazione di CO^2 per una trachea, sebbene l'altra assuma aria respirabile, determina la morte.

Gli scambi gassosi che si fanno negli esseri inferiori attraverso i tegumenti si localizzano in organi speciali (trachee, branchie, polmoni), sebbene in alcuni vertebrati si conservino i due modi di respirazione. Così la rana (come dimostrò lo Spallanzani) può vivere senza polmoni; e il Bohr ha veduto che la superficie cutanea non assorbe, per kg. di peso corporeo e per ora, che 70-80 cmc. di O, mentre nella rana normale la quantità assorbita raggiunge 450 cmc. Il rapporto $\frac{CO^2}{O}$ aumenta da prima; per la maggiore diffusibilità del CO^2, poi essendo le ossidazioni sempre più ridotte, diminuisce rapidamente.

La respirazione cutanea e polmonare si compiono in modo del tutto diverso: mentre a traverso la cute gli scambi seguono le leggi fisiche della diffusione dei gas, nei polmoni si avrebbe una vera secrezione gassosa, sotto il dominio del sistema nervoso. Secondo Bohr, l'epitelio polmonare agisce nel sangue che attraversa il polmone in guisa da condurre la tensione di CO^2 al grado voluto perchè questo gas possa passare per diffusione a traverso la parete alveolare; mentre nell'assorbimento dell'O non basta che l'attività cellulare regoli la tensione del gas nel sangue, bisogna che intervenga per favorire il suo trasporto verso questo liquido, mettendo in opera un meccanismo analogo a quello della secrezione di O per la vescica natatoria dei pesci.

Sembra infine che il passaggio dei gas a traverso le pareti intestinali, avvenga secondo affinità speciali. Così l'idrogeno solforato si assorbe e si esala con la stessa facilità, mentre il polmone è impermeabile per l'ammoniaca (Magnus).

***

Il polmone protegge l'organismo contro le intossicazioni non soltanto eliminando dei veleni volatili, ma anche — allo stesso modo del fegato — fermando e modificando diverse sostanze contenute nel sangue.

Ecco una esperienza un po' grossolana, ma che riesce istruttiva: se poniamo in un boccale tre rane — una di controllo, la seconda epatectomizzata, la terza priva di polmoni — si vede che sopravvivono egualmente bene, ma se versiamo nel vaso una soluzione di solfato di stricnina la rana normale resta indenne, le altre due sono côlte rapidamente da convulsioni stricniche.

Nei mammiferi si può porre in evidenza l'azione dei polmoni sui veleni, con l'iniezione di una soluzione tossica in una vena periferica o nel capo centrale della carotide primitiva di destra. In quest'ultimo caso il veleno è condotto dai vortici sanguigni all'origine dell'aorta e intimamente mescolato al sangue, circola per tutto l'organismo e giunge ai centri nervosi senza aver subito l'azione dei polmoni. La dose di veleno iniettata nelle vene deve essere maggiore di due o tre

volte per riuscire letale (Roger, Boeri e Giuranna, Cafiero, Kansky).

Perchè si manifesti questa azione protettrice, il polmone deve ricevere liberamente dell'aria ossigenata: questo fatto si può vedere con le circolazioni artificiali, poichè se invece di usare per la ventilazione del polmone dell'aria carica di O si usa un gas inerte (come l'H), non si ha alcun mutamento nel grado di tossicità della soluzione iniettata. Così pure nel vivente, quando la funzione respiratoria è ostacolata o diminuita notevolmente da un pneumotorace o da una legatura incompleta della trachea, l'azione protettrice del polmone è indebolita in modo sensibile (Cafiero, Kansky).

S'intende come debba essere importante questa azione nelle malattie dell'apparato respiratorio, poichè di norma ne attraversa il parenchima la intera massa sanguigna circolante.

***

Come tutti gli organi, il polmone contiene dei fermenti (catalasi, perossidasi, diastasi, amilasi; fermento glicolitico Sieber; fer. proteolitico che spiega l'autolisi del tessuto, Jacoby). Con il loro studio si ricollegano i risultati ottenuti con le iniezioni di estratti di polmoni, che se si iniettano concentrati determinano la coagulazione in massa in tutto il sistema venoso, mentre in grandi diluizioni di soluzione fisiologica uccidono rapidamente l'animale con un abbassamento considerevole della pressione arteriosa e il sangue tratto dai vasi coagula lentamente. Con soluzioni ancora più diluite si ottengono le sistoli cardiache più energiche e una tendenza all'innalzamento della pressione; inoltre — fatto notevole di rapido adattamento che il Roger chiama *tachisinetia* — un animale che ha ricevuto una quantità sufficiente di estratto diluito è in grado di sopportare senza danno una o più dosi mortali di estratto concentrato.

Si può dunque sospettare che nelle malattie febbrili, gravi ed estese del polmone, una parte della sintomatologia tenga all'immissione in circolo di prodotti derivati dalla autolisi del parenchima polmonare.

***

L'aria che respiriamo è soltanto un miscuglio di gas, ma tiene in sospensione numerose particelle solide, polveri, detriti vegetali o animali, microbi. Si ammette generalmente che queste particelle solide vengano fissate dalla mucosa delle vie respiratorie superiori, altre sono trasportate verso i gangli linfatici, come lo dimostra la frequenza dell'antracosi nei gangli peribronchiali; in guisa che l'aria espirata si ritiene otticamente (Tyndall) e batteriologicamente (Strauss, Dubreuilh, Grancher) pura. Ma di recente il Courtade, esaminando l'aria espirata all'ultramicroscopio, vi ha trovato numerosissimi elementi figurati, dei corpuscoli brillanti arrotondati o allungati dotati di movimenti di progressione e di rotazione. Inoltre quest'aria, disseccata su una lastra, lascia un residuo secco: non contiene dunque soltanto del vapor acqueo.

Ad ogni modo è certo che i microbi caduti nel polmone, sono rapidamente distrutti, così che il parenchima normale non ne contiene affatto, essendo dotato di un alto potere battericida. A tal proposito è da notare come assai di frequente l'infezione polmonare sia di origine sanguigna: e il Roger ha voluto riprendere lo studio del potere battericida del polmone, paragonandolo a quello del fegato, inettando colture di B. carbonchioso, di stafilococco aureo, di streptococco dell'eresipela per il capo centrale della carotide, per le vene periferiche e nella porta. Risulta che il polmone dispiega una lieve azione contro la infezione carbonchiosa (il fegato invece è capace di distruggere 64 dosi letali), che diviene più manifesto contro lo stafilococco aureo, specie se proveniente da coltura antica; e ciò induce a supporre che il parenchima polmonare agisca specialmente sulle tossine. Infine mentre contro lo streptococco il fegato non esercita alcuna azione protettrice, questa appare netta nell'apparato polmonare.

Queste interessanti ricerche aprono nuove vie e più ampi orizzonti, mostrando che la fisiologia del polmone è molto complessa: siamo ormai ben lungi dal considerarlo come deputato all'unica funzione degli scambi respiratori.

G. BILANCIONI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI SPELLO.

Su di un caso di cisti idatica del rene

per il dott. ENRICO IRACI.

Data la rarità dell'echinococco del rene ed i pochi casi che si trovano registrati dalla letteratura, mi son deciso di renderne pubblico uno, caduto sotto la mia osservazione e che ritengo non possa del tutto riuscire scevro d'interesse.

C... F..., di anni 30, contadina.

Costituzione generale normale e robusta; nulla di ereditario; ha goduto per l' innanzi ottima salute.

Una sera, in seguito a caduta per le scale, riportò un violento colpo nella regione lombare destra: e dopo qualche giorno si presentò alla nostra osservazione. Si constatò: tumefazione nella regione renale destra, non troppo accentuata, liscia e che mentiva lieve fluttuazione. In essa appariva larga ecchimosi, un po' dolente alla palpazione ed esacerbantesi il dolore a seconda dei movimenti.

La prima impressione fu, che detta tumefazione, non consistesse se non in una ematoma, consecutivo al trauma, tanto più avendoci la malata assicurato, di non avere prima d'allora sofferto nessun dolore, nè avere mai riscontrato su sè stessa tumefazione alcuna. Fu internata in questo Ospedale per le cure del caso.

Dopo qualche giorno di degenza, si notarono nelle orine delle membranelle e delle vescicole, che venivano emesse con l'orina stessa, con lieve dolore o fastidio lungo l'uretere destro. Esaminata l'orina al microscopio, furono ravvisate membrane e corone di uncini e pus. La diagnosi era chiara. Trattavasi di echinococco del rene.

Stabilito l'intervento si praticò un'ampia apertura in corrispondenza della tumefazione, scoprendosi così una grande sacca, la vescicola madre, ripiena di un numero straordinario di vescicole figlie, di varia grandezza. Il cavo totale era delle dimensioni di un grosso arancio. Furono praticati lavaggi con liquidi sterili e nel contempo si notò che, lo stesso liquido che serviva per i lavaggi, veniva a fuoriuscire per le vie orinarie; segno anche questo di comunicazione diretta fra la sacca, rene e vie orinarie. Infatti la donna durante i lavaggi praticati nel cavo, provava, ogni poco, il senso di avere la vescica piena, tanto da provocarle subito lo stimolo alla minzione.

Continuò, per un tempo non breve, ad emettere, sia per la via artificiale della praticata incisione, sia per le vie orinarie, vescicole più o meno grosse ed in processo di macerazione, nonchè liquido purulento, finchè il cavo, ridotto sterile, si potè cicatrizzare, ottenendone così la completa guarigione.

Il caso che per la sua rarità e per il suo svolgimento mi è apparso abbastanza interessante, ritengo che si possa con facilità ricostruire così:

Il tumore sebbene grande, inosservato preesisteva al trauma; inosservato, perchè è una caratteristica dell'echinococco, di raggiungere volumi notevoli, in visceri nobili, senza dare nè dolori, nè alterazioni funzionali. E tali caratteristiche servono appunto per le diagnosi differenziali. La trascuranza dell'osservazione della donna, coonestata dalla mancanza dei dolori e dei disturbi, ha fatto passare inavvertita la presenza della grossa tumefazione.

La cisti, corticale, si è svolta verso la direzione esterna e posteriore del rene. Nella sua lenta espansione è atrofizzante ed usurante, ed è arrivata ai calici renali ed alla pelvi renale. Se l'origine fosse stata primitivamente della pelvi, avrebbe avuto svolgimento addominale e, forse, avrebbe determinato qualche fastidio per compressione di tutto il rene e sua messa fuori azione.

Col trauma forte sui lombi, si è determinato scuotimento di tutto il tumore con rottura di vescicole e versamento del contenuto verso la pelvi, dove dovevano già essere con sostegno sottilissimo.

È da notarsi che l'emissione sia avvenuta senza sofferenze, nè accenno alcuno a coliche renali, ecc., e che soltanto si ebbero dolori ureterali, durante la discesa di vescicole intere e di frammenti di esse lungo l'uretere.

Dopo la commozione del trauma, si sono svolti fatti moderatamente flogistici, che hanno fatto pensare all'ematoma inquinato, e che spiegano l'irritazione e la suppurazione, che si verificò nella sacca cistica.

Come gli autori ammettono, non è frequente che, nelle cisti del rene, la diagnosi sia stata posta rettamente. Le cisti di echinococco si sviluppano in generale lentamente e senza speciali disturbi; tanto che il paziente per lo più vi porta la sua attenzione, quando il volume del tumore ha raggiunto tal grado da essersi reso rilevabile. Esso è liscio, tondeggiante, è quasi impossibile rilevarne il fremito idatideo e seppure talvolta lieve fluttuazione. L'unico caposaldo della diagnosi si basa sulla lentezza di sviluppo del processo e sulla mancanza di dolore.

Non parlo poi delle cisti che vanno a riempire il cavo addominale, nel qual caso, come dice Tillaux, la diagnosi diviene quasi impossibile. Nel caso attuale, è stato il trauma che scoprì il tumore e quindi diede luogo alla diagnosi.

In generale, se non sopraggiungono fatti nuovi e complicanze che possano aggravare lo stato del malato, la semplice apertura e svuotamento della cisti, conduce alla certa guarigione.

Nel nostro caso la prognosi rimase, per qualche tempo, più riservata, poichè si dovette alquanto lottare con la suppurazione che, forse in conseguenza del sofferto traumatismo, si era, con abbastanza intensità, sviluppata. Tanto che il continuo passaggio del pus dal cavo cistico, insieme con l'orina, per l'uretere e la vescica, dava a temere di un processo flogistico discendente, di una pielocistite da propagazione.

Ciò però fortunatamente non si verificò e ne dobbiamo ringraziare il passaggio ripetuto dei lavaggi sterili ed antisettici dal cavo, alla vescica, all'uretra.

Spello, 1912.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia delle scienze mediche di Palermo.

Seduta del 26 aprile 1913.

Pres. prof. **V. Cervello.**

A Trambusti. *Il chinino nella cura della scarlattina.* — Durante il servizio antimalarico dell'O. diretto per conto della Croce Rossa in Sicilia nel 1912 si manifestò nel territorio di Marsala un'epidemia di scarlattina e precisamente nei mesi di settembre, ottobre e novembre.

Durante questa epidemia il dott. Trapani, ufficiale sanitario di Marsala, al quale era stata affidata la direzione delle stazioni antimalariche che la Croce Rossa aveva impiantato in quelle campagne, ebbe a constatare che *mentre la scarlattina si era diffusa in tutto il territorio di Marsala,* essa aveva rispettato le contrade appartenenti alle sei stazioni della Croce Rossa.

Il dott. Trapani non fece alcun apprezzamento e si limitò alla constatazione del fatto.

Nella relazione sul servizio antimalarico del 1912 l'A. fu tentato di dare una spiegazione del fatto avanzando la ipotesi che la regolare e assidua chinizzazione la quale veniva praticata per la profilassi antimalarica, avesse potuto esplicare una qualche azione su l'agente specifico della scarlattina che dalle ricerche del Mallory, del Gamaleia, del Duval e di altri, tra cui quella recentissima del Doehle, sarebbe ritenuto di natura protozoide.

Ma la differenza dei rapporti ottenuti da questi autori non ha portato ancora a conclusioni definitive sulla etiologia della scarlattina ond'è che allora ritenne affrettato attribuire al chinino una azione profilattica sull'agente scarlattinoso.

Se non che durante un'altra epidemia di scarlattina che si è verificata nei primi mesi di quest'anno a Palermo, il dott. Amato iniziando nell'Istituto dell'O. diretto alcune ricerche sulla etiologia di quella infezione, ebbe a constatare nei leucociti degli scarlattinosi degli speciali corpi che si trovano costantemente nei leucociti degli scarlattinosi, e che mancano nel sangue di individui sani e in quello di ammalati di altri processi morbosi.

Questo reperto che ha fatto sospettare all'Amato di trovarsi di fronte ad una forma protozoica, fece ritenere anche all'O. che l'ipotesi che poteva dare al fatto osservato a Marsala non fosse del tutto priva di fondamento.

Per queste ragioni ha pregato alcuni colleghi della città di trattare gli scarlattinosi col chinino ad alte dosi e per via ipodermica, giacchè è noto che il chinino dato nella scarlattina a dosi ristrette per bocca non influisce gran che sul processo già in atto.

Finora i casi curati sono pochi, ma in questi pochi si trattava di forme scarlattinose che si presentavano con sintomi di una certa gravità. In tutti questi casi le iniezioni di bicloruro di chinino riuscirono a troncare l'infezione. La febbre infatti cedette alla seconda, alla terza iniezione e la desquamazione avvenne rapida e gli ammalati guarirono prestissimo.

L'osservazione fatta a Marsala e questi pochi casi finora trattati non autorizzano l'A. a dare come risoluta la questione della terapia della scarlattina e tanto meno di quelle forme nelle quali le complicazioni streptococciche aggravano le condizioni del malato, ma autorizzano a richiamare l'attenzione dei colleghi, perchè vogliano controllare queste osservazioni.

G. Parlavecchio. *Di un caso rarissimo di idatide del pancreas, guarita con la marsupializzazione.* — In una ragazza di 25 anni la cisti si era sviluppata nello spazio gastro-colico producendo pochi disturbi. Fu impossibile enuclearla perchè aderentissima, e perciò venne marsupializzata.

Era ubicata in corrispondenza del corpo e della coda del pancreas.

La guarigione avvenne regolarmente, sd ormai data da 9 anni.

Nella letteratura Hauser raccolse, nel 1912, soli 28 casi, di questa rarissima localizzazione dello echinococco: quello dell'O. sarebbe il 29°.

Fa considerazioni sulla diagnosi e la terapia, desumendole dai casi della letteratura e dal proprio.

G. Parlavecchio. *Nuovo contributo alla casistica dell'echinococco della milza: voluminosa idatide splenica suppurata; operazione, guarigione.* — Lo infermo fu ricevuto in condizioni gravissime ed operato di urgenza con l'anestesia locale, perchè la cisti, voluminosissima, ostacolava fortemente il respiro. Era ricoperta di uno strato di polpa splenica e non esistevano aderenze spleno-parietali: sutura circolare isolante, apertura in primo tempo.

Guarigione senza incidenti, e senza ernia successiva.

L'O., riferendosi ad un suo precedente lavoro su di un altro caso, publicato nel 1900 nel *Policlinico Pratico*, fa una rassegna di tutti i progressi di questo capitolo della patologia in questi ultimi 13 anni.

Riferisce le numerose statistiche riguardanti i risultati terapeutici, ottenuti con i vari metodi curativi, e conclude: che la puntura semplice deve essere bandita; che l'asportazione totale della cisti costituisce il metodo ideale, pur essendo indicata solo nei rarissimi casi, in cui l'idatide è peduncolata; che gli altri tre metodi (enuclazione della proligera, marsupializzazione e splenectomia) hanno indicazioni speciali, la valutazione delle quali è devoluta al chirurgo, il quale però deve, quando può, conservare la milza, la cui asportazione non è poi così innocente per l'organismo, come si è troppo creduto per lo innanzi.

Aggiunge che la marsupializzazione ha il pregio di scongiurare ernie successive, perchè la milza si accolla alla faccia profonda della breccia parietale, e la protegge contro gli effetti della iperpressione intraddominale.

Il prof. **Parlavecchio** a nome del prof. **G. Alagna** riferisce: *Sopra un caso di stenosi cicatriziali multiple luetiche delle prime vie aeree - Contributo clinico ed operatorio.* — L'O. espone la storia di un caso, appartenente alla clinica dermo-sifilopatica di Palermo, riguardante una donna di 41 anni, affetta da stenosi cicatriziali multiple (cordoni cicatriziali al posto dei pilastri; sinfisi palato-faringea; diaframma fra oro ed ipofaringe a piccolissimo foro eccentrico; briglia cicatriziale ipofaringea, ecc.), e da lui sottoposta a ripetuti interventi.

Il risultato di detti interventi è stato superiore ad ogni aspettativa, inquanto che la paziente, ricoverata in clinica in uno stato di estrema denutrizione a causa dell'impedita deglutizione specie degli alimenti solidi e dell'assai difficultata respirazione (stridore ispiratorio ed espiratorio, accessi dispnoici) può ora deglutire molto bene e respirare discretamente.

L'O. accenna alla rarità delle stenosi cicatriziali multiple delle prime vie aeree, ne illustra brevemente la genesi e la sintomatologia e si occupa infine dei metodi operativi.

Il prof. **Trambusti** a nome del dott. **A. Amato** riferisce: *Su di un nuovo reperto morfologico nel sangue degli scarlattinosi.* (Con dimostrazione di preparati).

Con adatta tecnica l'A. ha messo in evidenza nel sangue di individui affetti da scarlattina alcuni piccolissimi corpi intraleucocitari, di forma varia che va dalla rotonda o leggermente ovalare alla ellittica ed anche a forme irregolarmente triangolari, quadrangolari quasi ameboidi.

Nel loro interno presentano per lo più un granulo cromatico che occupa una posizione centrale o è spostato verso le periferia; altre volte e più specialmente nelle forme irregolari i granuli cromatici sono in numero vario e tendenti a disporsi alla periferia del corpuscolo.

La loro presenza è un fatto costante negli ammalati di scarlattina fin oggi esaminati e specialmente abbondanti si riscontrano proprio allo inizio dell'esantema.

Finora i detti corpi non sono stati riscontrati dall'A. nè nel sangue normale nè in quello di individu affetti da altre malattie.

L'A. infine dopo avere accennato come per differenze morfologiche e tintoriali il reperto dell'Amato deve distinguersi da quello del Döhle conclude dicendo che poichè fin oggi nulla di simile è stato descritto in altre infezioni e nemmeno nei lavori sulle lesioni degenerative dei leucociti in condizioni patologiche diverse, certo la ipotesi più seducente è quella che possa trattarsi dell'agente patogeno specifico della scarlattina e più precisamente di un protozoo; ma che per il momento — ed almeno fino all'espletamento delle ricerche che ha in corso — non crede *di potersi pronunziare definitivamente sulla natura dei corpi da lui messi in evidenza.*

G. DONZELLO.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 2 maggio 1913.

Ronzoni O. *Contributo alla conoscenza della diffusione della tubercolosi in Milano.* — Riferisce i rilievi fatti nel triennio scorso alla Sezione profilattica del Dispensario antitubercolare milanese (inchieste domiciliarie compiute, 600; malati presentatisi 4625; 1800 circa affetti da tubercolosi aperta, l'85 % dei quali da forma polmonare).

Da queste ricerche risultano, per Milano, i seguenti fatti: 1° non vi è zona e quartiere della città immune dalla infezione: 2° la mortalità e la morbilità tubercolare si sovrappongono, topograficamente; 3° la morbilità e mortalità per

tubercolosi risultano non ugualmente distribuite, ma particolarmente addensate in alcuni quartieri. Queste « isole della tubercolosi » sono 8, sia al centro che alla *periferia* di Milano, nei quartieri più popolosi e popolari; 4° nei quartieri periferici, nuovi, della città, si assiste al progressivo formarsi di nuovi centri infettivi tubercolari.

Vari e diversi sono i fattori che regolano questo fatto: epidemiologici, d'abitazione, economici, di riforma edilizia cittadina, professionale, ecc. ecc. La casa risulta però sempre l'elemento fondamentale di creazione e mantenimento di questi centri tubercolari, in quanto che favorisce particolarmente il contagio. Risulta da queste ricerche « che è il tisico che genera il tisico, e tanto più quanto più la famiglia è congestionata ». I risultati sanitari e quelli delle inchieste domiciliari illustrano, in forma chiara e concorde, questa legge.

Accenna l'O. ad altri punti messi in evidenza dalla pratica dispensariale (deficienti entrate famigliari, mancanza di ogni senso di previdenza, ecc.) che dimostrano una volta di più come la massa dei tubercolosi gravi sulla beneficenza pubblica e privata cittadina.

Vede nella moltiplicazione coordinata dei Dispensari profilattici, nella alleanza di tutte le istituzioni pubbliche e private che combattono direttamente e indirettamente la tubercolosi, nel miglioramento dell'assistenza ospitaliera, i mezzi pratici ed economici migliori per affrontare in Milano il problema tubercolare.

Buschi O. *Di alcune particolarità di struttura dell'aorta umana embrionale e fetale.* — L'O. dimostra che fin dai primi mesi della vita intrauterina si formano nell'aorta degli ispessimenti in corrispondenza dell'origine dei vasi collaterali e terminali. Questi ispessimenti si fanno più manifesti col procedere dell'età e costituiscono un punto di predilezione dei processi degenerativi e specialmente dell'arteriosclerosi.

Maccabruni F. *Contributo alla conoscenza dei metodi di Abderhalden applicati alla siero-diagnosi della gravidanza.* — L'A. sperimentò la reazione di Abderhalden sopra oltre 100 casi, sia col metodo polarimetrico che col metodo della dialisi, pervenendo ai seguenti risultati:

La reazione di Abderhalden costituisce un mezzo di grandissimo valore per la siero-diagnosi di gravidanza.

La reazione compare fin dall'inizio della gravidanza e perdura per almeno due settimane dopo avvenuto il parto o l'aborto.

Le varie malattie in gravidanza ed in puerperio non sembrano avere una spiccata influenza sull'andamento della reazione.

Nella mola vescicolare la reazione si conserva positiva.

Nella gravidanza extrauterina in atto o da poco tempo interrotta la reazione si manifesta nettamente positiva.

Nelle donne non gravide e negli uomini, tanto in stato di salute che in condizioni patologiche, la reazione si dimostra negativa.

Il siero fetale talvolta può digerire il peptone placentario, dando reazione positiva.

Il liquido cerebro-spinale delle donne gravide non dà reazione.

Talora si può avere reazione positiva semplicemente mettendo a contatto il siero fetale col siero della rispettiva madre o col siero di donna gravida.

Il liquido amniotico infine, come l'urina fetale, può dare reazione positiva non per la presenza di fermenti, ma per sostanze dializzabili che talvolta esistono in esso preformate.

C.-B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

OSPEDALE RICCIARDI DI VALLERANO.

Del valore profilattico del segno di Köplik nella infezione morbillosa

pel dott. VINCENZO FUSCO, direttore.

Nell'infezione morbillosa ciò che preoccupa molto il medico è la rapida diffusione del morbo, dovuta alla grande contagiosità. Molti patologi e pediatri oggi si affannano alla ricerca di un sintoma che possa, in modo incontutabile, condurre alla diagnosi del morbillo, nel periodo prodromico.

Quantunque il segno scoperto dal dott. H. Köplik, quale sintoma precursore del morbillo, abbia incontrato molto scetticismo nel campo pediatrico, pure le osservazioni al riguardo, pubblicate in questi ultimi anni, tendono ad attribuire, al segno di Köplik, un valore di specificità, come un sintoma patognomonico del morbillo.

Essendosi verificato, fin dai primi di maggio 1912, una infezione morbillosa nel comune di Vallerano (provincia di Roma), infezione che si protrasse, malgrado tutte le misure sanitarie adottate, fino agli ultimi di luglio, volli appunto, data l' occasione favorevole, studiare quale valore profilattico meritasse il segno di Köplik nella predetta infezione.

Spinto dal solo desiderio di apportare un modesto contributo casuistico, raccolsi dei dati in proposito.

Prescindendo da considerazioni teoriche sul valore patogenetico del segno di Köplik, mi prefissi di stabilirne il tempo della comparsa in rispetto all'esordire dell'esantema cutaneo.

Le osservazioni, da me praticate, riflettono 31 bambini, di ambo i sessi, dall'età dai 2 ai 7 anni; giacchè il morbillo, tranne poche eccezioni, in Vallerano, colpì la maggior parte dei bambini della prima infanzia.

Nei brevissimi cenni clinici di ciascun bambino, ho tenuto conto di un fattore, che a me sembra interessante circa la comparsa del segno di Köplik nel morbillo: cioè della costituzione organica dell'ammalato. Infatti ho potuto constatare, che nei bambini linfatici, scrofolitici, cachettici, che venivano colpiti dal morbillo, il segno di Köplik era spesso assente, o appena appariscente; in coincidenza anche di un esantema cutaneo poco manifesto o molto fugace. Mentre, negli altri di valida costituzione fisica, il segno di Köplik fu sempre manifesto ed in molti spiccatissimo.

Dato appunto questo legame tra lo stato di nutrizione del bambino e la manifestazione del segno di Köplik si può pensare che, in molti casi, la mancata comparsa debba ricercarsi in un fattore estraneo al morbillo, bensì nelle depauperate condizioni organiche del paziente.

BREVI CONSIDERAZIONI.

Da pochi osservatori si è voluto diminuire il valore diagnostico del segno di Köplik, asserendo di averlo rinvenuto in altri morbi. Così il Widowitz constatò il Köplik 10 volte su 126 ammalati di rosolìa, come anche in casi di angina e di catarro tracheo-bronchiale; Il Muir nella difterite; il Weill ed il Gardère in tre casi di parotite ed in uno di varicella; il Müller nella rosolìa in bambini che avevano sofferto precedentemente il morbillo; il Chelazzi in un caso di tosse convulsa ed in un altro di tonsillite acuta da stafilococco. Tali risultati però non valgono a menomare il valore clinico del segno di Köplik nel morbillo, e che attacchi poco fondati avrebbero voluto togliere.

« Il nuovo segno del morbillo — come dice il dott. H. Köplik — si osserva solo sulla mucosa delle guancie e delle labbra. L'eruzione compare 24-48 e talvolta 72 ore prima dell'esantema cutaneo, poi si diffonde e raggiunge il suo massimo al momento in cui l'eruzione cutanea appare; e quando questa si generalizza e raggiunge il suo acme quella declina, così da costituire una specie di ciclo. Allo esame della bocca (nel periodo dell'esantema) a forte illuminazione si rileva d'ordinario il rossore dell'amigdale sebbene non sempre, qualche macchia sul palato molle. Sulla mucosa delle guance e delle labbra si nota un'eruzione particolare e patognomonica. Essa consiste in piccole macchie irregolari d'un colore rosso-vivo; al centro di ciascuna macchia si osserva il segno interessante sul quale desidero di richiamare l'at-

tenzione. Ad una forte illuminazione si distinguono dei punti assai piccoli bianco-bluastri. Tali punticini nel centro d'una macchia rossa sono assolutamente patognomonici di un morbillo incipiente. Quando l'eruzione cutanea è al suo *maximum*, quella locale impallidisce e scompare gradualmente quando l'esantema è finito. Negli ultimi stadî dell'eruzione il fenomeno boccale non è più visibile ».

Una delle cause di errore per la diagnosi del segno di Köplik è da ricercarsi sul difetto di osservazione ed anche sulla fugacità del sintoma. Per osservare bene i bambini mi son servito sempre della luce naturale diffusa, proveniente da una finestra. Confesso che su alcuni ammalati, avendo praticata l'osservazione alla luce diretta di una candela, non mi è riuscito di osservare il Köplik, che invece era

Casuistica.

	Cognome e Nome	Età	Sesso	Costituzione	Segno di Köplik	Tempo della comparsa del segno di Köplik prima dell' eruzione cutanea.
1	L.... C....	3 anni	maschile	ottima	molto manifesto	24 ore
2	C.... P....	4 »	femminile	linfatica	poco appariscente	24 »
3	R.... E....	2 »	idem	denutrizione	assente	..
4	G.... E....	6 »	maschile	scrofolotica	poco appariscente	24 ore
5	M.... O....	5 »	idem	ottima	manifesto	18 »
6	L.... I....	7 »	idem	linfatica	poco appariscente	24 »
7	R.... O....	4 »	femminile	linfatica	assente	..
8	G.... P....	7 »	maschile	buona	appariscente	24 ore
9	M.... A....	5 »	idem	cachettica	poco appariscente	24 »
10	O.... L....	6 »	femminile	ottima	presente	10 »
11	R.... T....	8 »	idem	linfatica	assente	..
12	G.... C....	5 »	maschile	buona	presente	15 ore
13	O.... R....	4 »	femminile	ottima	molto spiccato	24 »
14	V.... E....	7 »	idem	buona	molto appariscente	28 »
15	L.... E....	5 »	maschile	linfatica	poco appariscente	24 »
16	U.... E....	2 »	idem	ottima	molto manifesto	20 »
17	L.... P....	7 »	femminile	buona	presente	24 »
18	R.... B....	9 »	idem	rachitica	assente	..
19	G.... M....	3 »	idem	linfatica	poco appariscente	24 ore
20	P.... N....	5 »	maschile	buona	molto appariscente	15 »
21	F.... C....	4 »	idem	idem	spiccatissimo	22 »
22	P.... E....	5 »	femminile	idem	idem	20 »
23	V.... P....	2 »	maschile	linfatica	assente	..
24	M.... B....	7 »	idem	ottima	molto appariscente	24 ore
25	B.... N....	4 »	idem	scrofolotica	poco appariscente	22 »
26	G.... I....	8 »	idem	linfatica	poco manifesto	18 »
27	L.... N....	6 »	idem	ottima	spiccatissimo	24 »
28	C.... N....	4 »	femminile	buona	molto appariscente	16 »
29	R.... P....	2 »	maschile	idem	presente	24 »
30	N.... R....	5 »	idem	idem	presente	15 »
31	V.... E....	3 »	femminile	linfatica	assente	..

presente alla luce naturale. Nella maggioranza dei bambini il sintoma è durato dalle 6 alle 12 ore ed in alcuni ancora di meno.

Nè il segno di Köplik può confondersi con altre manifestazioni boccali per i suoi spiccati caratteri morfologici e per la ubicazione. Infatti il mughetto delle guance si differenzia benissimo dal Köplik per il colorito cremoso che assumono le macchie, prive del caratteristico alone rosso e che invadono tutta la guancia ed anche la lingua. La stomatite eritemo-poltacea si differenzia per la localizzazione, rivestendo il solco gengivo-labiale, il pavimento della bocca, la superficie inferiore della lingua. Nè infine ad alcun dubbio possono prestarsi quelle macchie giallo rossastre circolari, della forma e dimensione di una capocchia di spillo, che spesso si trovano su mucose normali dei bambini, perchè in queste ultime manca il punticino centrale di colorito bianco-azzurrastro.

Adunque il segno di Köplik sembra che si manifesti, con molta frequenza, nel morbillo, quantunque vi sieno delle osservazioni in contrario.

In quanto riguarda il valore profilattico, voluto attribuire al segno di Köplik, nella infezione morbillosa, dalla maggioranza degli osservatori, a me sembra, che non possa meritare l'importanza di prevenire il diffondersi del morbillo.

Il dott. Apert sostiene che in pratica è possibile fare la diagnosi precoce del morbillo per la presenza del segno Köplik, che compiendo la evoluzione in 3-6 giorni prima della comparsa dell'esantema cutaneo, dà il tempo al sanitario di poter adoperare tutte le misure preventive.

Anche il Péhu ed il Rey ritengono che il Köplik ha molta importanza profilattica, perchè permette di procedere all'isolamento degli ammalati.

Si sa dalla patologia che l'infezione morbillosa è soprattutto contagiosa nello stato prodromico che precede di poco l'eruzione cutanea.

Negli ammalati, caduti sotto la mia osservazione, il segno di Köplik si è manifestato in un periodo di tempo variabile da un minimo di dieci ore ad un massimo di ventotto. Ora se il segno di Köplik si manifesta appunto poche ore prima dell'esantema cutaneo, il contagio è già avvenuto e qualsiasi misura profilattica non varrà ad impedire la diffusione del morbo. Il prof. Mya diceva, che il segno di Köplik, da lui osservato costantemente in 4 epidemie, poche ore prima dell'eruzione morbillosa, se era un pregevole sintoma premonitorio non aveva quel valore profilattico che si era voluto attribuire da altri.

Il segno di Köplik adunque conserverà sempre un pregevole valore semiologico, perchè la sua presenza potrà essere di sicura guida alla diagnosi del morbillo, poche ore prima della eruzione caratteristica. Ma la sua constatazione non potrà meritare importanza profilattica in quanto che il contagio ha preceduto la manifestazione morbillosa.

Vallerano (Roma), li 31 luglio 1912.

CASISTICA.

La necrosi del fegato con ittero secondaria a forte stasi venosa.

L'Oertel già da vari anni ha richiamato l'attenzione degli studiosi su di una affezione caratteristica del fegato che egli chiama: « Hepar cyanoticum necroticum cum ictero », e raccoglie nel *Berl. Klin. Woch.* del 21 ottobre scorso la descrizione di cinque casi da lui osservati. Dal punto di vista clinico è caratterizzato da un ittero che insorge rapidamente in un individuo colpito da gravi disturbi circolatori e che decorre con gravi disturbi del sensorio, sonnolenza, delirio e che termina colla morte senza presentare i segni di un'infezione generale. Dal punto di vista anatomico è caratteristica una necrosi citolitica del fegato con stravasi emorragici ed una stasi biliare intralobulare secondaria; manca qualunque causa dell'ittero a sede estralobulare. Inoltre si riscontra una infiltrazione grassa notevole, evidente soprattutto nel centro del lobulo: a differenza dell'atrofia rossa si verifica in questa forma una distruzione totale della struttura dell'organo.

Non si tratterebbe di una atrofia da compressione semplice o di degenerazione parenchimatosa o di necrosi come si verifica negli stati infiammatori o per arresto completo della circolazione. Non si riscontra o coagulazione o degenerazione granulare o scomparsa dei margini cellulari e la fusione di masse necrotiche; invece si verifica un impallidimento con scomparsa della struttura cellulare, mentre invece i confini sono ben distinti: si tratta quindi di un processo citolitico del tessuto epatico.

Il meccanismo di produzione è difficile determinarlo: si può mettere in rapporto direttamente colla stasi o si può considerare come una complicazione dovuta all'assorbimento delle tossine intestinali. L'A. è più propenso ad ammettere la prima spiegazione sia per ragioni cliniche che anatomiche: la bile anche non entra affatto come fattore patogenetico del processo in questione. In seguito alla forte stasi si determinerebbe un edema del tessuto che in queste condizioni produce un fermento citolitico che determina la necrosi del tessuto epatico.

Non è stata mai osservata in tali casi una guarigione: però da questo punto di vista è interessante notare che spesso nelle forti stasi epatiche si ha un leggero grado d'ittero che può scomparire.

P. A.

Le forme fruste della flebite tifoidea.

Tra le flebiti infettive la più conosciuta dopo quella puerperale è quella dovuta a febbre tifoide, però esistono realmente casi di flebite posttifosa in cui i sintomi non sono ben netti.

Il Lewis Conner (*Arch. of int. Med.*, 1912, n. 6) sostiene che nel tifo la flebite è una complicazione forse molto più comune di quello che generalmente non si creda: egli l'ha riscontrata nel 5 per cento sui 1540 casi di febbre tifoide curati all'Ospedale di New York; però, tenendo conto delle forme fruste, essa si può considerare come presente nel 10-15 per cento dei casi.

Come l'hanno dimostrato parecchi autori, lo sviluppo di questa trombosi è graduale ed i suoi sintomi classici, quali l'edema, il dolore, la sensibilità alla pressione ed il cordone venoso visibile e palpabile appaiono solo tardivamente e quando l'obliterazione è completa: casi di trombosi abbastanza diffusa senza che in vita ne esistessero i sintomi clinici sono stati osservati molte volte. Spesso la flebite si manifesta coi sintomi di dolori vaghi lungo gli arti inferiori a cui seguono localizzazioni emboliche del polmone. L'A sostiene che in una proporzione piuttosto notevole le complicazioni polmonari della febbre tifoide sono di origine embolica però è quasi sempre impossibile di fornire la dimostrazione, data la benignità abituale degli accidenti e quindi l'assenza di contatazioni anatomiche.

Il Conner richiama inoltre l'attenzione sulla frequenza dei brividi nei casi di febbre tifoide complicata a flebite, che per lo più sono l'espressione di un processo di embolia polmonare.

La flebite del tifo si accompagna quasi costantemente a riacutizzazione del processo febbrile che spesso fa pensare ad una ricaduta; però i brividi o qualche sintomo locale c'indirizzeranno per la diagnosi di flebite; spesso però la flebite si ha nelle vene profonde del bacino e allora il focolaio sfugge all'esame. Pel Conner anche i dolori alle dita dei piedi descritti nella convalescenza del tifo sarebbero dovuti a flebite delle vene della pianta del piede con essudato periflebitico insidiante i nervi plantari vicini. Anche alcuni sintomi addominali di patogenesi oscura che s'incontrano nella febbre tifoide, quali accessi bruschi di dolori addominali con tensione e sensibilità alla pressione, che fanno pensare ad una perforazione intestinale sarebbero dovuti a flebite delle piccole vene meseraiche.

P. A.

TERAPIA.

Moderni mezzi di cura della sciatica.

Nota il Dardel (*Journal des Praticiens*, 15 marzo 1913), che la sciatica dev'essere considerata come malattia autonoma ed idiopatica soltanto quando tutte le cause locali e generali capaci di darne la sindrome clinica siano state accuratamente eliminate mediante un esame completo del paziente. In rapporto alla terapia è d'interesse fondamentale la distinzione delle forme sintomatiche dalle forme secondarie; così pure ha notevole importanza la distinzione della nevralgia dalla nevrite dello sciatico, la distinzione delle forme spamodiche e delle forme radicolari di Déjerine.

Sotto il nome di radicoliti sono state descritte delle manifestazioni flogistiche, superficiali o degenerative, a carico delle radici dei nervi, di natura infettfva o tossica (punti dolorosi del Valleix, disribuzione caratteristica zonale dei disturbi della sensibilità e del trofismo, ecc.).

La cura della sciatica dev'essere causale anzitutto. La sifilide è una delle cause più frequenti della sciatica: sono i casi più fortunati, perchè la cura iodio-mercuriale e l'arseno-benzolo non tarderanno a dare i loro benefici effetti. Nella sciatica palustre altrettanto efficace può essere la cura chininica.

Eccettuate queste indicazioni speciali, la terapia va diretta contro il sintoma *dolore*: si useranno volta a volta il salicilato di sodio, l'aspirina, il piramidone, l'antipirina, la salipirina, ecc. Non di rado bisogna ricorrere alla morfina. Le punte di fuoco ed altri mezzi di rivulsione attiva possono calmare i fenomeni dolorosi.

Se la sciatica è ostinata, si ricorrerà a metodi più energici, per es. alle *iniezioni epidurali*. I nervi del cono terminale si dirigono molto obliquamente all'esterno, per cui l'ago può essere introdotto sulla linea mediana senza ferirli. Occorre

un ago di platino lungo 6 cm. Scorrendo col dito lungo la cresta dell'osso sacro dall'alto in basso, si avverte facilmente una depressione triangolare limitata ai lati dai tubercoli laterali dell' osso sacro stesso: in questa regione si pratica la puntura, spingendo l'ago dapprima obliquamente in alto fino ad avere la sensazione della perforazione della membrana, e poi secondo la linea orizzontale. Si inietta con una siringa sterilizzata la soluzione analgesica di cocaina all'1 % o di stovaina all'1 % (circa 5 cmc.).

Alcuni autori iniettano la soluzione fisiologica di cloruro di sodio al 7 °/₀₀, pensando che l'azione meccanica del liquido sulle radici nervose abbia più importanza dell' analgesia transitoria della cocaina.

In genere 10 minuti dopo l'iniezione i dolori scompaiono. Può bastare una sola iniezione; di solito occorre ripeterla; a volte i risultati sono soltanto transitori.

In questi casi si può ricorrere all'elettroterapia, specialmente sotto forma di correnti continue e di effluvi ad alta frequenza, e all'aria calda sotto forma di bagni o di doccie locali.

In questi ultimi anni sono state consigliate le iniezioni sottocutanee di aria mediante una siringa di Pravaz innestata ad una pera a soffietto, filtrando l'aria attraverso uno strato di cotone interposto tra la pera e l'ago. Con l'enfisema sottocutaneo così prodotto si ottiene di solito un effetto immediato contro i dolori. Oltre l'asepsi, bisogna badare a non iniettare l'aria dentro le vene, per evitare le embolie gassose.

Il trattamento termale (bagno caldo, bagno a vapore, doccia calda) della sciatica ha un'indicazione sintomatica contro il dolore. Nelle forme raffreddate si può associare ad esso il massaggio. Alcune forme di sciatica d'origine locale possono guarire soltanto con l'intervento chirurgico per la rimozione della causa: cisti, fibromi, ecc.

P. SABELLA.

La cura delle crisi gastriche.

Le crisi gastriche costituiscono una delle sindromi più dolorose e più bene definite della patologia nervosa. Dolori e vomiti ne sono le caratteristiche più importanti, però non sono rare le ematemesi che spesso sono state causa di errori di diagnosi. Le cause di errore, specialmente in certi casi, sono moltissime e sono state descritte storie di pazienti che furono sottoposti alla laparotomia varie volte prima che si fosse appurata la diagnosi. In ogni caso dubbio è sempre opportuno praticare l'esame citologico del liquido cefalo-rachidiano, perchè, trattandosi per lo più di fenomeni iniziali, le altre manifestazioni della tabe mancano: un tale criterio diagnostico è importante soprattutto nella gravidanza, dove le vere crisi gastriche e manifestazioni funzionali che ad esse rassomigliano sono frequenti.

L'effetto nocivo delle iniezioni di morfina così spesso adoperate è stato messo in rilievo dal Mathieu; esse hanno lo scopo di prolungare la crisi quasi in uno stato di male ed impediscono il ritorno di una guarigione completa, spesso anzi non fanno che creare dei morfinomani.

Le iniezioni sottocutanee d'antipirina (20 %), specialmente se praticate alla regione epigastrica, hanno un'azione calmante quasi quanto quelle di morfina, pur non presentandone gl'inconvenienti. Meglio è una soluzione più concentrata (40 %) coll'aggiunta di cocaina (2 %) per evitare il dolore dell'iniezione. L'applicazione della vescica di ghiaccio può ugualmente calmare i dolori ed è indicata specialmente nelle forme associate ad ematemesi. Anche la corrente continua (polo negativo alla nuca, positivo all'epigastrio), umettando di soluzione di antipirina (5 %) il polo epigastrico e non oltrepassando l' intensità di 5 m. a. talora calma istantaneamente la crisi.

Altri medicamenti consigliati nelle crisi gastriche sono: acqua cloroformica mescolata a parti uguali con acqua di menta, da darsi a cucchiaini; il sottonitrato di bismuto, associato o no al cloridrato di cocaina (sottonitrato di bismuto gm. 1, cloridrato di cocaina cgm. 1 in cachets) e infine l'ossalato di cerio, il cui effetto sembra molto regolare specialmente contro i vomiti; esso si somministra in cachets di 5 cgm. coll'aggiunta di 1 cgm. di cloridrato di cocaina o codeina (fino a 3 cachets al giorno).

Il riposo assoluto in letto è sempre utile. In casi ostinati si è ricorso all'intervento chirurgico (allungamento del plesso solare, resezione delle radici dorsali o del vago a livello del cardias), però i successi sono stati solo temporanei. La gravità e l'incertezza di questi interventi hanno fatto sostituirli col metodo di Koenig che consiste nell'iniezione di soluzione di novocaina-adrenalina profondamente nelle masse muscolari del dorso ai due lati delle apofisi spinose, dalla 6ª alla 10ª vertebra dorsale. Il Koenig arriva ad iniettare 0.25 gm. di novocaina in 100 cmc. di acqua; però è meglio procedere gradualmente, saggiando la sensibilità del paziente al rimedio.

Il malato migliora immediatamente, le recidive dopo qualche giorno sono assai frequenti ma cedono quasi sempre ad una nuova iniezione.

(*Bull. Med.*, 4 dicembre 1912).

P. ALESSANDRINI.

IGIENE

Una epidemia di tifo a Parigi.

Le condizioni igieniche della citta di Parigi, senza essere ideali, sono tuttavia discrete.

Se noi prendiamo come criterio per giudicare delle condizioni igieniche generali di una città la mortalità per tifo, vediamo che Parigi si mantiene *sul limite* delle città che sono considerate tra quelle che hanno un indice di salubrità soddisfacente, nelle quali cioè la mortalità per tifo è inferiore a 0.10 per mille abitanti. Il seguente specchietto mostra meglio che non si potrebbe con le parole questa scala di salubrità in 18 città d'Europa.

Mortalità per tifo nel 1909.

(Proporzioni per mille abitanti).

Inferiore al 0.10 per mille		Superiore al 0.10 per mille	
Stoccolma	0.006	Roma	0.170
Zurigo	0.010	Pietroburgo	0.330
Basilea	0.020	Mosca	0.400
Cristiania	0.020	Milano	0.402
Copenaghen	0.020	Bukarest	0.420
Vienna	0.030	Atene	0.540
L'Aia	0.030	Barcellona	0.760
Berlino	0.040		
Londra	0.050		
Bruxelles	0.060		
Parigi	0.090		

Le cifre qui sopra sono riprodotte da documenti strettamente ufficiali e cioè, considerato che il tifo non è una malattia *amministrativamente vergognosa*, come ad esempio, il colera, presso a poco esatte.

La città di Parigi si trova ad avere una media di 4 decessi per tifo e circa 34 denunzie di casi nella sedicesima settimana dell'anno. Invece questa volta la statistica della sedicesima settimana ha dato 78 casi e 17 decessi.

Le autorità sanitarie si sono subito messe in moto per scoprire la causa del fatto anormale ed hanno potuto constatare che il maggior numero di questi 78 casi e 17 decessi era raggruppato nelle case che circondano il palazzo della facoltà di medicina.

Si è allora pensato per prima cosa ad esaminare l'acqua potabile delle case ove l'infezione si era manifestata, lo stato delle condotture dell'acqua potabile, i serbatoi e i punti dove si diramano condotture secondarie per ogni fabbricato.

L'approvigionamento d'acqua potabile di Parigi è fatto a mezzo di sorgenti, di cui le acque sono trasportate a Parigi con acquedotti. I bacini delle sorgenti stesse sono oggetto della più scrupolosa attenzione da parte delle autorità sanitarie di Parigi per impedire che possano eventualmente filtrare germi del tifo nelle condotture. Così oltre alle protezioni meccaniche consistenti in costruzioni per impedire l'inquinamento dovuto alle acque superficiali e opere murarie analoghe impermeabili nelle località ove il bisogno lo richiede, vi è una protezione amministrativa delle più rigorose in tutte le zone abitate che circondano i bacini imbriferi delle sorgenti, per evitare le cause di polluzione, per scoprire e isolare immediatamente ogni malato di malattia intestinale anche semplicemente sospetta di essere tifo o paratifo.

Così l'acqua di sorgente che arriva ai serbatoi della città è di purezza assolutamente incontestata e gli esami batteriologici quotidiani non hanno mai permesso di scoprire la benchè minima traccia di germi patogeni.

Disgraziatamente benchè i serbatoi di Ménilmontant, Montsouris e Montretout possano contenere in tutto 580 mila metri cubi d'acqua, riserva potabile sufficiente per due giornate circa, succede talvolta che le sorgenti dànno un rendimento inferiore, sia che in seguito a pioggie importanti debbano essere messe fuori dalla rete perchè l'acqua che ne deriva è torbida, sia in seguito a qualche guasto nei diversi acquedotti, sia per siccità anormale e prolungata. In tali casi la città utilizza l'acqua della Senna e della Marna epurate negli stabilimenti di Ivry e di St. Maur. In questi stabilimenti l'acqua traversa degli strati di sabbia fina alla velocità di 10 centimetri l'ora, cioè 2 metri cubi e quaranta per giorno e per metro quadro di superficie filtrante.

La filtrazione è sorvegliata con cura. Il *b. coli* è preso come testimonio. Nell'acqua del fiume si trovano dai 2 ai 20 *coli b.* per cmc. Un filtro è considerato in buono stato quando la ricerca del *coli*, fatta per cinque giorni di seguito è risultata negativa. Tutti i giorni l'acqua dei filtri viene esaminata batteriologicamente e il filtro che mostra di lasciar passare dei germi è immediatamente escluso dal servizio, vuotato e riparato. Prima di passare sui veri filtri, l'acqua passa in bacini di sedimentazione e quindi su filtri di breccia e poi di sabbia grossa, per abbandonare le più grosse impurità.

I due stabilimenti filtranti possono dare circa 120 mila metri cubi d'acqua potabile al giorno. Hanno costato in tutto una quindicina di milioni per l'impianto, e la spesa di filtrazione giornaliera è di cinque centesimi ogni dieci metri cubi.

Quantunque la sorveglianza sia rigorosa, è evidente che l'esame batteriologico dell'acqua non

può dare un risultato certo che 24 ore dopo il prelevamento; quindi, se un filtro ha lasciato passare dei germi, il fatto non viene scoperto che 24 ore dopo e durante queste 24 ore l'acqua impura seguita a mescolarsi alla buona. Forse è questa una delle cause che tengono piuttosto alto il livello della mortalità per tifo, quantunque esso sia sempre minore della metà di quello di altre città di nostra conoscenza le quali pur vantano condizioni di potabilità eccezionali per purezza batteriologica.

A fianco di questo servizio di acqua potabile, la città di Parigi possiede un impianto per la distribuzione di acqua per uso *industriale* e *urbano*; cioè per la lavatura giornaliera delle vie, per le caldaie delle officine, per il servizio delle bocche da incendio, ecc.

Per tale uso si adopera l'acqua del fiume filtrata molto sommariamente solo per chiarificarla ma senza la cura voluta per renderla priva di germi. I robinetti di tale acqua quando esistono nelle grandi fabbriche, magazzini, scuole, ecc. per essere aperti in caso di incendio, sono chiusi normalmente con un piombo speciale che non può essere tagliato se non in caso di infortunio.

Ora le autorità che cercavano le cause dell'epidemia di tifo scoppiato nei pressi della scuola di medicina, dopo molti e ripetuti esami batteriologici e idraulici finirono per scoprire l'origine del male. Si trattava nientemeno che di questo. La persona incaricata di preparare una bocca di incendio per i locali dell'Esposizione annessa al Congresso di igiene e educazione fisica, che si è tenuto lo scorso mese alla scuola di medicina, ha semplicemente innestato una condottura di acqua potabile su di una non potabile nei locali medesimi della Facoltà di medicina.

Sembrerebbe un'ironia! Proprio là dove si sarebbe dovuta cercare di meno esisteva una causa di insalubrità che ha prodotto e sta producendo ancora, malgrado che la comunicazione sia stata immediatamente tolta, qualche centinaio di casi e qualche decina di decessi fra la popolazione parigina.

Secondo il parere di alcuni giureconsulti, la responsabilità è de Municipio, ed è questa Amministrazione che dovrà pagare i danni. Infatti, secondo essi, il servizio pubblico è responsabile della fornitura di acqua potabile e dell'acqua impura nelle condotture speciali.

Se il consumatore trova acqua impura nelle condotture d'acqua potabile deve attaccare il Municipio, che si rifarà, se può, sui terzi.

D'altra parte il servizio municipale osserva che la colpa non fu commessa da lui. Il dovere dell'Amministrazione è di sorvegliare la condottura fino a che entra nelle case private. Là cessa tale controllo.

Le questioni di danni e interessi saranno giudicate quindi dai Tribunali ma è facile prevedere come la cifra delle indennità che dovranno essere pagate non sarà indifferente. Questo episodio ha servito a dare rilievo alla circostanza del pericolo che può derivare dal fatto di avere i condotti di acqua impura a prossimità dei condotti di acqua pura. L'ideale sarebbe quello di poter servirsi per tutti gli usi di acqua pura, ed è perciò che l'Amministrazione progetta di incanalare l'acqua di altre sorgenti lontane dalla città.

Intanto la statistica della diecisettesima settimana dà, per quel che concerne il tifo, le cifre seguenti: casi 86 (invece della media di 34), decessi 14 (invece della media di quattro).

In queste brevi note noi non abbiamo fatto che considerare un episodio epidemico dovuto all'acqua. Ma non soltanto le impurità eventuali dell'acqua possono spiegare quei 34 casi settimanali che pur si riscontrano in tempi normali. Per ricercarne la causa bisogna studiare tutti i servizi urbani, sopratutto l'epurazione delle acque di fogna, che sono adibite in parte alla coltura intensiva di alcune specie di legumi che si mangiano ordinariamente cotti, ma pure talvolta disgraziatamente crudi. Ma tale studio esorbita dai limiti modesti concessi a una « corrispondenza »; ne parleremo a lungo in altra rubrica.

Parigi, 4 maggio 1913.

Dott. GOD.

POSTA DEGLI ABBONATI.

103. *Cura delle adeniti suppurate.* — Mi rivolgo a questa spettabile Redazione per conoscere quale sia il metodo più recente ed efficace per la cura delle adeniti suppurate, specialmente nella regione del collo al fine di evitare la cicatrice, all'infuori, naturalmente, del metodo, oramai vecchio, delle iniezioni di etere jodoformizzato previa aspirazione del pus. Mi pare esista un trattamento a base di iniezioni di ossigeno ma non lo conosco.

Ringrazio e spero leggere presto la risposta nella « Posta degli Abbonati » del *Policlinico*.

Con stima.

Dott. L. O., Milano.

Il collega non ci fa intendere chiaramente se voglia riferirsi alle adeniti tubercolari complicate da flogosi suppurativa, o soltanto alle adeniti settiche comuni.

Nel primo caso, rimandiamo al volumetto recentemente pubblicato dal prof. Durante sulla tubercolosi e sua cura iodica: il trattamento più efficace è sempre dato dallo iodio per iniezioni parenchimatose intra-glandolari e sottocutanee a

distanza, seguito eventualmente da cure chirurgiche quando queste siano richieste da fenomeni di fusioni o da processi complicanti settici sopraggiunti.

Ci permettiamo osservare che le iniezioni di etere iodoformizzato sono state abbandonate; si dimostrano sempre efficaci le sospensioni di iodoformio in glicerina. Non sarei alieno dal proporre di tentare qualche iniezione intra-parenchimatosa col noto preparato del dott. Marrone di Roma.

Il metodo delle iniezioni di ossigeno si è dimostrato non pratico, quasi inefficace e non privo di inconvenienti.

Se il dott. L. O. ha voluto riferirsi alle adeniti settiche comuni, bisogna confessare che, se non abbian dato risultato prontamente efficace i primi tentativi di cura con i comuni mezzi congestivi e risolventi (non esclusa la stasi alla Bier), e con qualche prudente aspirazione seguita da semplice compressione della regione quando la fusione suppurativa sia già avvenuta, ci rimane a praticare, unica e sicuramente efficace, la cura chirurgica.

p. s.

(104) *Sulla trasmissione del morbo di Chagas.* — Da un amico mio che trovasi nella Repubblica Argentina ricevo certi *Emitteri* che infestano alcuni paesi e che nel Brasile, inoculando all'uomo una specie di tripanosoma, producono la terribile malattia del Chagas.

Le sarei obbligato se Ella potesse darmi qualche indicazione bibliografica relativa a quella malattia.

Quanto all'insetto portatore del tripanosoma lo studierei io: è un Emittero probabilmente vicino ai nostri Harpactor.

Ringraziando e salutando

Firenze.

Dott. C. F. DELLA TORRE.

Ella troverà in questo periodico (16 giugno 1912 e 18 maggio 1913) due recensioni accurate, dovute a Carlo Basile ed Ernesto Tramonti, di tutti gli studi etiologici e clinici che sono stati compiuti intorno all'importante « Malattia di Carlo Chagas » o « Tiroidite parassitaria » o meglio ancora « Coreotripanosi ».

Il dott. Basile ci comunica che l'emittero di cui Ella ci chiede è probabilmente il « Conorrhinus megistus Burm », la di cui biologia è stata studiata da Artur Neiva.

Tutti i lavori che trattano della Coreotripanosi e del suo agente trasmissore sono pubblicati nelle « Memorias do Instituto di Manghuinos 1909-10-11-12 » e nel Bullettin de la Soc. de Pathologie Exotique (1912).

A. S.

(105) *Esami bromatologici.* — Il dott. Vittorio Fiorioli della Lena da Galliate (Novara) scrive: « Ho bisogno che cotesta spett. Redazione favorisca indicarmi un testo, un Manuale il più stringato e pratico ed economico possibile, per gli esami di tutte le sostanze alimentari — farine, oli, vini, zuccheri, pani, paste alimentari, ecc., — e loro sofisticazioni, dicendomene anche il prezzo ».

Un trattato completo italiano in stampa di chimica bromatologica che corrisponda ai desideri dell'abbonato non si ha.

Consigliamo:

Traité pratique d'analyse des denrées alimentaires di Gerard et Bonn; Paris, Vigot Frères Editeurs. L. 16.

Kurzes Lehrbuch der Nahrungsmittelchemie, di Röttger; Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth.

In italiano si possono consultare:

Le dispense delle lezioni di chimica-bromatologica dettate nella R. Università di Roma dal prof. Carlinfanti. Sono in litografia e si vendono presso C. Castelnuovo, via del Bufalo, 138-A. L. 16.

A. S.

(106). *La puntura delle api per la cura del reumatismo.* — Da qualche anno sto facendo esperienze che sembranmi coronate dal più felice successo sulla puntura dell'ape come antireumatico.

Forse nel veleno è contenuto acido formico, anzi da qualche autore ciò viene accertato: in proposito però si addiverrà presto ad analisi accurate che tolgano ogni dubbio.

Orbene! Sa la S. V. che sia stato usato mai l'acido formico o qualche sua combinazione per os o per iniezioni nella cura delle nevralgie o dell'artrite? In caso affermativo in quale dose?

Ringraziamenti anticipati

dott. GIUSEPPE CICOGNA.

Milzano (Brescia).

Anticamente lo spirito di formiche veniva usato contro le cosidette « artriti », tra cui figurava precipuamente la gotta.

Il dott. Auley Walker, il quale ha raccolto numerosi fatti in favore dall'azione curativa delle punture d'api nel reumatismo cronico, ritiene che essa debba ascriversi al contenuto di acido formico nel veleno d'api (*Brit. Med. Journal*, 10 ott. 1908).

Può consultare anche Burton (ivi, 31 ottobre e 5 dic. 1908), il quale si è pure molto occupato della questione.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

DOTT. PARVA (Dott. Ettore Piccoli). **Morale fisica. Manuale d'Igiene razionale, con norme personali e collettive.** 1 vol. in-8° piccolo di pag. 347. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1913. L. 4.

La morale fisica non sarebbe altro che l'igiene, la quale nel concetto dell'autore assurge a un dovere morale dell'individuo e della società.

Il dovere di curare è troppo ovvio e viene sentito anche nelle civiltà primitive; ma quello di prevenire ha cominciato a prendere forma solo nelle società moderne e va estendendo sempre più la sua portata e i suoi benefizi.

L'A. si è proposto di farlo valere pienamente in questo lavoro di volgarizzazione, il quale è scritto con rara efficacia.

Esso prende in esame l'igiene dell'alimentazione, del movimento, della vita sessuale, della scuola, l'igiene esotica e le grandi epidemie, l'igiene della vita di relazione - contagi, trasporti, urbanesimo, immigrazioni - e l'igiene del lavoro.

Tutti i capitoli sono svolti egregiamente e con ammirevole originalità.

Le malattie tropicali sono trattate con speciale ampiezza; è strano che l'A. si occupi un po' meno di quelle nostrali.

Qualche cosa manca: per esempio un capitolo sulla disinfezione.

In alcuni punti si potrebbe dissentire dall'A.: per esempio egli attribuisce ancora l'artritismo all'acido urico, ormai definitivamente detronizzato dal posto che occupava in patologia sino a pochi anni or sono, ove se ne eccettui la gotta.

Nell'insieme questo lavoro è assai pregevole e risponde alla sua finalità di propaganda. Desterà un legittimo interesse anche tra i medici.

L. VERNEY.

The Medical Annual. 35° anno. 1 vol. in-8. Bristol: John, Wright & Sons Ltd. 1913. Rilegato, Sh. 12 d. 6.

A compilare questo volume hanno collaborato 41 valenti professionisti tra i quali non pochi di fama mondiale: Moynihan, Little, Hutchison, Stewart, Rogers, Ball, Clark, Jackson, Boyd, Goodall, Marshall, Thompson, Priestley, ecc.

Le difficoltà maggiori si sono incontrate nel condensare la enorme produzione di un anno e quella limitrofa in poco più di 700 pagine.

Il lavoro comprende una sezione destinata ai rimedi, con una sotto-sezione per la roentgenterapia, la radiumterapia e l'elettroterapia; una sezione destinata alle malattie singolarmente considerate; una sezione concernente la medicina e l'igiene sociali e legali; una sezione relativa ai nuovi presidî chirurgici e medici; vari elenchi (di Istituti terapeutici, libri, giornali, Società mediche, ecc.) e molti indici di riferimento.

Concede la più incondizionata ospitalità alla produzione inglese ed americana. Vi occupano un posto del tutto subordinato la Germania e la Francia. L'Italia vi figura esclusivamente o quasi col pneumotorace terapeutico di Forlanini e con l'operazione di Tansini per il cancro del seno.

I. T.

VARIA

Gli sports tra gli studenti universitari del Belgio. — All'Università di Liegi l'esercizio degli *sports* da parte degli studenti ha assunto carattere ufficiale a partire dal 27 novembre 1910, quando le autorità accademiche convocarono una solenne adunanza per il conferimento dei premi vinti al concorso sportivo interuniversitario di Bruxelles.

In quell'occasione il rettore Gravis incaricò il prof. A. von Winiwarter, direttore della Clinica chirurgica, di fare la cronaca degli *sports*. Il valente chirurgo assolvette con competenza straordinaria il suo mandato; fece la storia del movimento sportivo moderno, dei rapporti che lo *sport* assume con l'educazione igienica, dell'origine dei giuochi atletici popolari, ecc.

Egli rimase da allora il rappresentante e il tutore degli studenti belgi dediti allo *sport*.

Il 17 gennaio u. s., l'eminente cultore dell'educazione fisica fu delegato dall'Università di Liegi qual suo rappresentante al 3° concorso sportivo interuniversitario a Lonvain, ed egli pronunziò una magnifica allocuzione, che l'angustia dello spazio ci vieta di riportare.

Discusse a lungo i voti espressi da una Società medica contro gli eccessi dello *sport*, dimostrando come sia dannoso creare delle prevenzioni ingiustificate nel pubblico e negli studenti, mentre siamo ancora in un periodo di preparazione, in cui gli *sports* debbono essere incoraggiati quanto più è possibile.

Lamentò che, in genere, i professori universitari belgi si astengano dal coltivare gli *sports*, per un falso sentimento di dignità, il quale da tempo è stato vinto dai professori inglesi.

L'esempio dei professori varrebbe di efficace incentivo agli studenti. *R. B.*

Pubblicheremo prossimamente:

Pontano: Sulla terapia della difterite (anafilassi serica grave da reinfezione a distanza d'un anno).

Basile: Recenti studi sull'identità della leishmaniosi umana e canina nel Mediterraneo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

« La legge sull'esercizio delle farmacie ».

Con l'approvazione della « legge sull'esercizio delle farmacie » avvenuta alla Camera il 20 febbraio p. p. ed al Senato nella seduta del 15 c. m. si è provveduto finalmente, e, diciamo subito, in modo corrispondente all'interesse della salute pubblica, ad un assetto definitivo ed organico di questo importante servizio sanitario.

Con questa legge mentre si unificano le disposizioni in vigore nelle varie parti d'Italia fin da prima della proclamazione del Regno, si toglie ancora quello stato di anarchia nel quale era caduto tale servizio, dopo le interpretazioni e le profonde divergenze dei numerosi pronunciati dell'autorità amministrativa e dell'autorità giudiziaria in seguito alle disposizioni della legge sanitaria del 1888.

Il merito di aver dato una sistemazione organica con un ordinamento unico per tutta l'Italia a questo importante e complesso servizio sanitario, cosa che avevano tentato di fare a più riprese da circa 50 anni tanti valenti uomini di Governo, ridonda a precipua lode dell'on. Giolitti che n'è stato il promotore.

A vincere le gravi difficoltà per gl'interessi svariatissimi e per le questioni delicatissime che la legge coinvolgeva e che per un mezzo secolo avevano impedito una legge organica sull'esercizio delle farmacie, c'è voluta tutta la energia e la risolutezza dell'on. presidente del Consiglio.

L'approvazione di questa legge quindi, che da 5 anni era stata presentata alla discussione, deve essere riuscita di soddisfazione tanto maggiore per l'illustre uomo di Stato in quanto tali difficoltà furono risolute in modo così geniale, e lo scopo fu raggiunto col non aggravio da parte degli interessati in contesa, da rendere saggiamente un reale servizio alla causa della salute pubblica.

Ciò premesso non sarà superfluo un esame della legge approvata, in quanto è utile che essa sia conosciuta specialmente per alcuni riguardi dai medici, che soprattutti si sentono tanto vicini ai colleghi farmacisti nell'esercizio professionale. E tanto più ciò è necessario in quanto con questa legge si rimette il collega farmacista, che, col caos creato in quest'ultimo ventennio, aveva perduto un po' della confidenza collegiale dei medici, nel suo vero grado morale, di modo che ora può dirsi, se l'indirizzo, che colla legge si è voluto dare all'esercizio della farmacia, sarà seguito nell'applicazione con quei nobili propositi dai quali è stata ispirata, il farmacista sarà il sanitario complementare del medico, il quale potrà a lui ricorrere con sicurezza e tranquillità per quella parte delle ricerche chimiche, che ormai sono indispensabili nell'esercizio della medicina, e coadiuverà così il medico nell'alta missione sociale, specialmente laddove le cliniche ed i grandi ospedali mancano.

A questo fine siamo sicuri, che dal Ministro della pubblica istruzione, a completare la magnifica opera di quella mente illuminata del presidente del Consiglio, si vorrà studiare la riforma degli studi farmaceutici armonizzandoli e conformandoli coll'indirizzo e le necessità della medicina moderna, unificandone anche il titolo. In tal modo, si completerebbe l'assetto economico e morale della benemerita classe dei farmacisti.

***

La farmacia colla nuova legge non è più considerata come un commercio qualsiasi, sibbene come un pubblico servizio sanitaro necessario ed indispensabile complemento dei servizi di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica, specialmente in considerazione delle disposizioni che hanno imposto ai comuni l'obbligo dell'assistenza farmaceutica ai poveri.

Donde i primi e principali requisiti di una officina farmaceutica debbono essere, che essa riunisca in sè tutti gli elementi di sicurezza e di regolarità di funzionamento indipendentemente da ogni controllo e da ogni vigilanza.

La legge poi si preoccupa e provvede a che tale servizio sia distribuito adeguatamente bene in tutto il territorio, ovunque i bisogni dell'assistenza si presentano, e sempre con identico carattere e con eguale intensità.

A raggiungere tale scopo la legge stabilisce, che l'esercizio di una farmacia venga concesso da parte dello Stato, e per esso dal prefetto sentito il parere del Consiglio provinciale sanitario, in proporzione alle esigenze dell'assistenza farmaceutica nelle varie località ed in base alla determinazione di un minimo di popolazione e di un minimo di distanza fra l'una e l'altra farmacia.

Con questo metodo, mentre si stabilisce una provvida assistenza, si garantisce al farmacista una adeguata rimunerazione agli obblighi che gli s'impongono.

Si prescrive quindi di tener presente nella concessione della farmacia che:

per quei comuni con popolazione superiore ai 40 mila abitanti, vi sia una farmacia per ogni 5000 abitanti;

per quelli con popolazione tra i 5000 e meno di 40,000 abitanti si segua o il criterio anzidetto o quello della distanza, 500 metri di distanza dalle farmacie già esistenti;

per i comuni fino ai 5000 abitanti si segua il criterio delle condizioni topografiche e della viabilità, oltre a quello della distanza.

La concessione dell'esercizio di una farmacia è dato per pubblico concorso, e la concessione ha stretto e rigoroso carattere personale; sono determinate rigorosamente le cause di decadenza dalla concessione in modo da evitare la possibilità della ricostituzione di vieti privilegi.

Sono ammesse al concorso le Società cooperative di consumo il cui statuto fu approvato dal Prefetto sentito il Consiglio provinciale sanitario.

Si ammette a parità di tutti gli altri titoli, esclusa da questi l'anzianità, il diritto di preferenza per il figlio o per la vedova del farmacista precedente titolare della farmacia concessa a concorso.

Si fa obbligo al concessionario, quando la farmacia non sia di nuova istituzione, di rilevare dal precedente titolare o dagli eredi gli arredi, le provviste e le dotazioni attinenti. In caso di contestazioni si dànno le norme opportune a risolvere le controversie.

L'effettiva apertura della farmacia è subordinata ad una rigorosa ispezione.

È vietata la concessione od il trasferimento ad altri, ed il cumulo nella stessa persona di più autorizzazioni.

Si provvede ad assicurare il servizio farmaceutico nei Comuni rurali anche mediante la istituzione della condotta farmaceutica, rendendola obbligatoria se necessario, ed occorrendo, agevolandone la istituzione con appositi sussidi, in sostituzione degli abolendi armadi farmaceutici.

I farmacisti condotti che saranno eletti con le stesse norme dei medici e dei veterinari condotti, godono delle stesse garanzie.

Le istituzioni pubbliche di beneficenza ed altre istituzioni erette in ente morale possono essere autorizzate, con le approvazioni per esse prescritte, ad aprire ed esercitare farmacie; i Comuni godono dello stesso diritto, distinguendo però per questi il regime della municipalizzazione da quello dell'esercizio in economia di una o più farmacie, a seconda dei bisogni del servizio farmaceutico in genere o le esigenze speciali del servizio di somministrazione dei medicinali ai poveri.

Ogni concessione è subordinata al pagamento di una tassa (1) i cui proventi sono devoluti all'organizzazione dei servizi di vigilanza ed alla istituzione sussidiata di condotte farmaceutiche. Sono esonerate dal pagamento di questa tassa le farmacie condotte e municipalizzate, quelle delle istituzioni di beneficenza e delle Società cooperative.

***

Seguono a queste disposizioni sulla autorizzazione all'apertura delle farmacie, quelle che determinano con più esattezza e precisione i doveri dei farmacisti nell'esercizio professionale.

Si precisa la responsabilità e gli obblighi del titolare di una farmacia per assicurare la bontà e la continuità dell'esercizio farmaceutico, secondo le norme e gli orari stabiliti dal Prefetto della provincia; si dà al Prefetto il modo di conoscere le variazioni o le interruzioni di esercizio e di provvedere secondo il caso.

Si regola l'esercizio delle farmacie per parte di enti nei riguardi delle persone che vi sono preposte e che debbono rispondere al loro funzionamento.

Sanziona poi la legge, che la vendita dei medicinali a dose o forma di medicamento spetta esclusivamente al farmacista, e si deve eseguire esclusivamente nella farmacia. Si risolve così la grande questione in ordine alla vendita delle specialità medicinali, che equivalgono a ricette già spedite e non possono quindi essere vendute se non da farmacisti al pari di ogni altro medicinale a dose o forma di medicamento.

È importante poi, che in questa disposizione si dà finalmente all'autorità il mezzo efficace per contenere nei giusti confini la *réclame* che in forma così esagerata e menzognera si fa alle specialità medicinali negli annunzi al pubblico, e che è giunta a tale grado da costituire assai spesso un vero, continuo e sistematico attentato spesse volte alla salute pubblica, sempre alla fede pubblica.

Vengono poi assoggettate alla vigilanza dell'autorità sanitaria, per quanto riguarda il loro funzionamento, le fabbriche all'ingrosso di prodotti medicinali e di preparati galenici.

Una tassa d'ispezione (1) in misura graduale è stabilita dalla legge, al fine di provvedere a completare il servizio di vigilanza sulle farmacie e sugli stabilimenti farmaceutici costituendo un ap-

(1)

	Entro la cinta daziaria	Fuori della cinta daziaria
	—	—
Comuni con 100,000 abitanti ed oltre	L. 8000	4000
Id. da 40,000 a 100,000 .	» 4000	2000
Id. da 15,000 a 40,000 .	» 1500	—
Id. da 10,000 a 15,000 .	» 1000	—
Id. da 5,000 a 10,000 .	» 500	—
Id. con meno di 5000. . .	» 100	—

(1)

	Entro la cinta daziaria	Fuori della cinta daziaria
	—	—
Comuni con 100,000 abitanti ed oltre.	L. 50	25
Id. da 40,000 a 100,000 .	» 20	10
Id. da 10,000 a 40,000 .	» 10	—
Id. da 5,000 a 10,000 .	» 6	—
Id. con meno di 5,000 . .	» 5	—

posito organo nell'amministrazione centrale della sanità pubblica.

Sono fissate in questo capitolo le norme riguardanti la farmacopea per la revisione quinquennale; si dà consistenza legale agli elenchi dei prodotti di libera vendita e di quelli sotto la condizione di una quantità minima di vendita; si stabilisce e si disciplina la formazione della tariffa dei medicinali per la vendita al pubblico e per la somministrazione dei medicinali ai poveri.

Infine si dànno al Prefetto i poteri necessari ad assicurare, in casi di urgenza, la continuità del servizio farmaceutico, e per intervenire a chiudere farmacie comunque illegittime.

Naturalmente si disciplina la facoltà di ricorso contro tutti i provvedimenti del Prefetto in tema di farmacie, che si espleta con ricorso per via gerarchica al Ministro dell'interno, la cui definitiva deliberazione è circondata da adeguate garanzie giuridiche e tecniche.

Questa è nelle sue linee principali la nuova organizzazione farmaceutica basata sul presupposto della creazione dell'intero servizio *ex novo*.

***

Era pur necessario però liquidare la eredità degli antichi regimi in materia di esercizio delle farmacie, vigenti nelle varie parti d'Italia fin dall'unificazione e dalla proclamazione del Regno; di più occorreva correggere quello stato di anarchia creato dalla disposizione dell' art. 25 della legge sanitaria vigente e più che altro per le profonde ed assolute divergenze dei numerosi pronunciati delle autorità amministrativa e giudiziaria sulla validità dei vincoli e dei privilegi fondati sulle disposizioni anteriori alla legge 1888.

Liquidare un passato ed un presente così complesso costituiva la vera difficoltà della legge; ed è appunto in questa delicata parte di essa, che l' uomo di Stato si è manifestato geniale nell'aver risolute queste difficoltà con tale equanimità da determinare nella massima parte degli interessati una certa soddisfazione per i vantaggi morali e materiali in compenso concessi.

Le norme che regolano tale liquidazione costituiscono principalmente il capitolo delle disposizioni generali e transitorie.

Le farmacie attualmente esistenti, alla sorte delle quali occorreva provvedere in occasione dell'entrata in vigore delle nuove norme, si possono dividere in due grandi gruppi:

a) Quelle antiche esistenti anteriormente al 1888 costituite nelle regioni ove esistono privilegi e vincoli all'esercizio; (nel Piemonte nelle due forme delle piazzate ed autorizzate; in Liguria e Sardegna nelle autorizzate; nelle Provincie del Lombardo-Veneto in quelle aventi gli stessi diritti delle piazzate del Piemonte, e in quelle a base di concessione personale; nelle Provincie ex-Pontificie create colle disposizioni secondo il Breve di Clemente XIV nel 1771 e l'editto pontificio 1836; nel Regno delle Due Sicilie create per effetto dei RR. Decreti 1850-1853 e 1857. È bene notare che per alcune di queste vecchie disposizioni legislative la concessione era personale e data con le stesse norme circa, che governano la legge testè approvata, e quindi non tutte quelle farmacie costituivano un vero e proprio privilegio patrimoniale).

b) Quelle antiche e nuove legittimamente costituite e funzionanti nelle regioni nelle quali è sempre stato libero l'esercizio delle farmacie (nei Ducati di Parma, Modena ed ex-Gran Ducato di Toscana); alle quali si possono aggregare quelle costituite dopo il 1888 nelle regioni aventi privilegi e vincoli, ma aperte legittimamente e sotto l'osservanza delle vecchie disposizioni, e quelle che pure aperte senza l'osservanza delle vecchie disposizioni ma che, secondo tali norme, potevano essere autorizzate, e per le quali l'autorità non aveva emanato ordine di chiusura, purchè queste ultime nei tre mesi successivi alla data della pubblicazione della legge facciano denuncia al Prefetto della persona che deve essere considerata come titolare autorizzato ad esercitare la farmacia.

Ebbene al primo gruppo di farmacie è stato concesso dalla legge il prolungamento del loro intiero privilegio, e secondo l'affermazione dell'on. Giolitti al Senato v'è compresa anche la commerciabilità, per trenta anni, estensibile l' esercizio professionale fino alla morte dell' ultimo titolare purchè farmacista; il che si traduce in pratica, che qualche farmacia sarà concessa colle norme stabilite dalla nuova legge in epoca molto lontana, per esempio fra 50-70 anni!

Alle farmacie considerate del secondo gruppo è concesso l'identico privilegio ma limitato a 20 anni.

Sono esonerate tutte dal pagamento della tassa di concessione.

Tutte le altre farmacie poi che sono o saranno da giudicati ritenute illegittime dovranno essere chiuse.

Queste sono:

le farmacie aperte dopo il 1888 nelle regioni dei vincoli o privilegi la cui apertura ed esercizio sono stati dichiarati illeggittimi per provvedimento definitivo dell'autorità amministrativa o per sentenza definitiva dell'autorità giudiziaria;

le farmacie aperte dopo il 1° luglio 1909 nelle regioni di vincoli o privilegi senza l' osservanza delle vecchie disposizioni, anteriori cioè al 1888; e quelle aperte anche prima del 1909 che verranno

dichiarate illegittime in esito a giudizi pendenti alla data della pubblicazione della legge ed iniziati prima del 1° gennaio 1913.

Il Prefetto è autorizzato alla chiusura delle farmacie illegittime e di quelle altre per le quali venga pronunciata decadenza per inadempimento della denunzia obbligatoria del titolare autorizzato ad esercitare la farmacia, entro il termine stabilito dal regolamento.

Restano con ciò definitivamente abrogate ed estinte le antiche disposizioni sulle farmacie.

Le altre disposizioni di questo capitolo riguardano:

l'autorizzazione ad ammettere ad un nuovo esame pratico gli assistenti già muniti di patentino, all'effetto di conseguire un certificato di abilitazione a sostituire il titolare nell'esercizio della farmacia;

le disposizioni a norma delle quali i Prefetti dovranno formare, entro 18 mesi dalla pubblicazione della legge, la pianta organica delle farmacie della provincia, in base alla limitazione stabilita come capo fondamentale della legge;

la soppressione entro 5 anni degli armadi farmaceutici;

la facoltà al Governo del Re a compilare il regolamento a questa legge ed a coordinare le rispettive disposizioni colla legge sanitaria e col regolamento generale sanitario.

***

La complessità della materia legiferata ha bisogno di un regolamento che certamente non offre minori difficoltà di compilazione della stessa legge, per le molte, delicate e complicate quistioni che si debbono disciplinare nei loro dettagli tecnici, e che assumono una grande importanza pratica, quando si voglia dare una regolare funzione alla legge, mantenendola negli alti concetti umanitari dai quali è stata ispirata.

Quindi sarà molto opportuno, che per la sollecita esecuzione della legge si dieno le norme regolamentari più necessarie ed indispensabili, per quindi poi procedere con la dovuta calma e ponderazione, specialmente colla esperienza nella pratica attuazione di essa, per stabilire tutte le altre norme tecniche che dovranno seguirsi per una seria ed oculata sua applicazione.

In ogni modo si può essere sicuri, ed i colleghi farmacisti nella maggioranza lo ritengono, che la stessa abilità ed equità spiegata nel risolvere la complicata materia trattata nella legge, vigile l'on. Giolitti, non verranno meno nell'applicazione della legge, perchè l'ordinamento avveuga, nel modo che più si conviene al pubblico interesse della salute. E. C.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione nazionale tra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica. — In seguito alla condanna, confermata in sede d'appello, del dottor Braccini, ufficiale sanitario di Nocera Umbra, colpevole di avere avvertito per lettera il competente Ufficio di Milano dell'avvenuta partenza, in condizioni di non perfetta garanzia igienica, di 2 vagoni-serbatoi di Acqua Nocera presumibilmente destinata a bevanda, il Consiglio dell'Ordine medico milanese ha votato un vibrato ordine del giorno di protesta affermando altamente la massima stima all'egregio collega e iniziando, quale atto di solidarietà, una sottoscrizione per contribuire alle spese del processo.

Il Consiglio direttivo della Federazione fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, dopo aver preso atto dell'ordine del giorno del Consiglio medico milanese ufficialmente comunicatogli, deliberava all' unanimità la completa e solidale adesione all' ordine del giorno stesso.

Demandava inoltre alla Presidenza l'incarico di promuovere col concorso delle Associazioni sanitarie del regno un'azione di classe a tutela e difesa della figura morale e giuridica dell'ufficiale sanitario, richiamando l'attenzione dell'autorità sanitaria dello Stato sulle conseguenze della sentenza, che, mentre rivela nei giudici una perniciosa incoscienza igienica, determina un precedente capace di distruggere tutte le alte finalità della organizzazione sanitaria.

Sovratutto deve essere oggetto d'esame da parte del Governo il fatto deplorevole che il medico provinciale di Milano abbia, come perito della privata accusa, contribuito alla erronea convinzione del tribunale, non solo disconoscendo con evidente parzialità la verità dei fatti, ma dimenticando le istruzioni ministeriali del 24 marzo 1898, in base alle quali l'ufficiale sanitario dott. Braccini aveva giustamente creduto di segnalare all' Ufficio d' igiene di Milano l' inconveniente.

Risultando evidente che la sentenza, emessa dal tribunale di Milano, non fu scevra da preconcetti d' indole politica, condannando un funzionario per aver semplicemente compiuto un suo dovere a tutela della pubblica igiene ledendo privati interessi, le classi sanitarie del regno sentono il dovere di rivendicare i diritti e l'onore del collega ingiustamente colpito.

Roma, 14 maggio 1913.

Il segretario: Dott. G. Palomba.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3825) *Ufficiale sanitario - Atti d'ufficio - Compenso.* — Il Dott. C. F. da P. S. O. chiede conoscere se quale ufficiale sanitario abbia diritto a percepire compenso per il rilascio di atti per esumazione, emigrazione, ecc., ecc., e per la evasione di vertenze fra privati.

Il *nulla osta* per le esumazioni è richiesto nell'interesse generale della salute pubblica ed è, quindi, gratuitamente rilasciato. Le visite mediche per l'espatrio dei fanciulli sono pagate a parte dall'Amministrazione municipale, in conformità di quanto dispone l'articolo 2 del R. Decreto 31 agosto 1910, n. 605. Dovrebbe dare maggiori delucidazioni per quel che concerne le evasioni delle controversie fra privati, perchè, non sapendo la natura di queste, non possiamo pronunziarci sulla competenza di eventuale compenso.

(3826) *Armadi farmaceutici.* — Il Dott. M. L. da K. desidera conoscere quali norme legislative regolano l'impianto ed il funzionamento degli armadi farmaceutici.

L'attuale legislazione, non modificata, che regola il funzionamento e l'impianto degli armadi farmaceutici è contenuta negli articoli 27 e 28 della legge sanitaria. Il prefetto può rendere obbligatorio il loro impianto, sentito il Consiglio provinciale di sanità. La dotazione di esso è limitata ai soli medicinali urgenti, i quali dovranno essere acquistati presso una delle farmacie dei Comuni contermini. La spesa per l'impianto dell'armadio e per la provvista dei medicinali è a carico del Comune: però la gestione amministrativa dovrà dal Comune essere affidata alla Congregazione di carità o ad altra pia istituzione, qualora le medesime provvedano al servizio dei medicinali pei poveri infermi. Il prezzo tariffale dei farmachi somministrati in base alla prescrizione medica, sarà esatto con le norme vigenti per la riscossione delle entrate comunali.

(3828) *Sessenni.* — Il Dott. G. I. da C. desidera conoscere se gli aumenti sessennali si calcolano sullo stipendio iniziale o su quello già accresciuto da precedenti sessenni.

L'aumento sessennale si calcola sempre sullo stipendio che godesi nell'atto dell'acquisto del diritto, nonostante che esso sia già stato accresciuto da precedenti aumenti sessennali.

(3829) *Pensioni.* — Il Dott. G. M. da R. chiede conoscere se può riscattare cinque anni, durante i quali non è stato iscritto alla Cassa di previdenza, ma ha esercitato liberamente la professione.

Non sono riscattabili gli anni durante i quali si è liberamente, e non in condotta, esercitata la professione.

(3830) *Punizioni disciplinari - Capitolato.* — Il Dott. N. P. da A. chiede conoscere se possa e come, impugnare un capitolato che non fa alcun accenno alle punizioni disciplinari, dolente che sia in tal modo privato delle garanzie stabilite all'uopo dal vigente regolamento sanitario.

Non può nuocerle il fatto del mancato accenno alle punizioni disciplinari. In mancanza di qualsiasi disposizione conforme del capitolato, si applicano ai medici condotti, e con le garanzie ivi stabilite le punizioni disciplinari sancite dal regolamento generale sanitario del 1906. Le disposizioni relative a tale materia sono per loro stesse obbligatorie e non hanno bisogno di essere comprese nei capitolati di servizio, per acquistare forza imperativa. Non crediamo, quindi, che Le convenga ricorrere.

(3831) *Ordine dei sanitari - Trasferimenti.* — Il Dott. E. L. da L. chiede conoscera se in caso di cambiamento stabile di dimora sia obbligatorio il trasferimento di iscrizione all'albo provinciale dell'Ordine dei sanitari e se il medico condotto a tutta cura sia obbligato alla iscrizione nell'albo.

L'albo è provinciale. In esso debbono essere iscritti tutti i professionisti esercenti *nella provincia*, cui non è, per altro, inibito di poter esercitare saltuariamente, occorrendo, anche fuori provincia. Se, però, l'esercizio in altro comune sia abituale o duraturo, il sanitario dovrebbe iscriversi *ex novo* nell'albo della nuova provincia. A risparmio di spesa, l'articolo 10 del regolamento permette invece, in somiglianti casi, il trasferimento puro e semplice, che è essenzialmente gratuito. È quindi vero, che il trasferimento è facoltativo, ma è tale solo in rapporto alla nuova iscrizione, che sarebbe richiesta per l'avvenuto definitivo trasferimento di dimora. Il regolamento, col succitato articolo 10 ha voluto, insomma, agevolare i sanitari, facendo loro risparmiare le non poche spese occorrenti. È poi errore il credere che il medico condotto, sia o meno a tutta cura, non abbia l'obbligo della iscrizione all'albo. L'articolo 3 della legge non esclude tale principio, ma lo conferma, dichiarando che i medici condotti sono soggetti alla disciplina dell'Ordine solo per quanto si attiene all'esercizio libero professionale. Locchè, in altri termini, vuol dire che l'Ordine non si sostituisce ai Comuni, nè altrimenti invade il campo ad altra autorità riservato per la disciplina dei sanitari impiegati, ma mantiene sempre la propria importanza, permettendo l'esercizio professionale solamente a coloro che figurano iscritti. E se i medici condotti non risultassero compresi nell'albo, non potrebbero esercitare, nè essere nominati all'impiego retribuito. La consiglieremmo, pertanto, di non insistere sul diniego.

(3832) *Cura piena - Estensione - Capitolato.* — Il dott. G. L. da M. desidera conoscere se hanno diritto a cura gratuita in condotta piena persone o famiglie che ripigliano dopo lunga assenza la propria dimora nel Comune, ove pel momento non pagano tasse, perchè i ruoli furono già compilati e se sia obbligato ad osservare un capitolato alla cui compilazione egli non prese parte.

Le persone o famiglie, cui allude, hanno diritto alla cura gratuita perchè naturali del luogo Se la famiglia non fu inclusa nel ruolo, lo sarà nell'anno venturo con ruolo suppletivo; pagherà anche l'imposta dell'anno corrente, e se l'indiha preso alloggio presso parenti, paga, ciò non ostante, le contribuzioni indirette. La compilazione del capitolato precede la nomina del medico condotto, di modo che questi non può assistervi. Si suppone che, avendo preso parte al concorso, ne abbia, però, avuto piena e legale conoscenza. Non può quindi esimersi dall'osservarlo.

(3833) *Stabilità - Biennio di prova - Decorrenza.* — Il Dott. T. D. G. da S. M. A. M. desidera conoscere se essendo stato licenziato durante il biennio di prova, debba subito lasciare il servizio o debba attendere che il biennio si compia, e se, non avendo cominciato subito dopo la nomina la prestazione personale, il biennio decorra dal giorno della nomina o da quello su cui ha effettivamente e personalmente cominciato il servizio.

Il licenziamento pronunziato durante il biennio di prova non opera in tronco, come ha ammesso qualche isolato parere del Consiglio di Stato, ma bensì alla fine di esso. Il biennio di prova comincia dal giorno in cui Ella ha intrapreso personalmente il servizio di condotta.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Nella Croce Rossa Italiana. — Con regio decreto 11 corrente, su proposta dei ministri della guerra e della marina, è stato nominato presidente della Croce Rossa Italiana il vice-presidente conte Gian Giacomo della Somaglia.

BOLOGNA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Poppi Alfonso in oto-rino-laringoiatria; Colomi Carlo in clinica ostetrica e ginecologica.

CAGLIARI. — Il dott. Taddei Domenico è nominato straordinario di patologia chirurgica.

FIRENZE. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Azzurrini Ferdinando in anatomia patologica; Crescenzi Giulio in patologia chirurgica; Pavia Michelangelo in patologia medica.

GENOVA. — Il dott. Licini Cesare è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

MODENA. — Il dott. Gazzetti Carlo è abilitato alla libera docenza in materia medica e farmacologia.

Condotte e Concorsi.

ACCIANO (*Aquila*). — Condotta; L. 2800 poveri, L. 225 abbienti, L. 500 cav. L. 100 uff. sanitario, lorde. Scad. 31 maggio.

AFRAGOLA (*Napoli*). — Condotta; L. 1200 e 2 sessenni; cura poveri. Scad. 29 maggio.

ASIAGO (*Vicenza*). — Condotte pei 2° e 3° riparto. Stipendio L. 5000 lorde ciascuna. Aumento del 20° per 6 trienni. Scad. 10 giugno.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — 4ª condotta pei poveri; L. 2500 lorde, 4 sessenni e L. 300 pel mezzo trasporto. Scad. 31 maggio.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte; L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

BASTIDA PANCARANA (*Pavia*). — Condotta consorziale piena. Abit. 2236. Stipendio L. 4000 lorde, più 200 ufficiale sanit. ed 800 per mezzi di trasporto. Tre sessenni del decimo. Buon capitolato. Scade 5 giugno.

BELLUSCO ED UNITI (*Milano*). — Consorzio, L. 4500 nette, tre sessenni, L. 1000 cavallo. Scade 31 maggio.

BEREGUARDO (*Pavia*). — Condotta piena; lire 3800 e 3 sessenni. Abitanti 2302. Scad. 31 maggio.

* BREME (*Pavia*). — Condotta piena; L. 4000 oltre L. 200 quale uff. san. e L. 250 per amb. Scad. 6 giugno.

BURGIO (*Girgenti*). — A tutto il 30 maggio concorso a 2° medico-chirurgo condotto Vedi fasc. 15.

* CASTELLETTO TICINO (*Novara*). — Condotta; L. 3000 pei poveri; L. 1500 per gli abbienti; L. 200 quale uff. sanit.; L. 300 d'indennità alloggio; L. 1000 per mezzi trasporto; complessivamente L. 6000. Abit. 4994 Scad. 10 giugno.

* CELLERE (*Roma*). — Condotta piena; L. 4000 lorde e 4 sessenni, L. 100 uff. san. Ab 2203 con soli 60 in frazione vicina. Ospedale locale. Scad. 1 giugno.

CHIARANO (*Treviso*). — Condotta pei poveri; L. 3000, L. 200 se uff. san. e L. 800 per cavalc. Scad. 31 maggio.

* DESULO (*Cagliari*). — Condotta per la generalità; L. 5000 nette e L. 200 per arm. farm. Scad. 31 maggio.

GIANICO (*Brescia*). — L. 3400, cura piena, ab. 913, senza obbligo cavallo, popolazione riunita. Scade 5 giugno.

MACUGNAZA (*Novara*). — Ab. 767; L. 3075 e e alloggio, per la generalità; uff. san.; arm. farm. Scad. 31 maggio.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Condotta piena per Montiano; L. 4050 aument., diritto cavalc. per visite in campagna; L. 150 per arm. farm. Ab. 1339. Scad. 30 maggio.

MEDICINA (*Bologna*). — Condotta piena per Portonovo; L. 3800 e 4 sess. Scad. 30 maggio.

MERCATO SARACENO (*Forlì*). 2ª e 3ª condotta, pei poveri; L. 3300, gravato di R. M., con quattro quinquenni, e L. 700 di cav; assicurazione; all'uff. sanit. L. 400. Scad. 10 giugno

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

MONTENERO VALCOCCHIARO (*Campobasso*). — Condotta; L. 3000. Ab. 2008 circa. Scadenza 30 maggio.

PERUGIA. *Università degli studi.* — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PESCIA (*Lucca*). *Spedale SS. Cosimo e Damiano.* — Assistente medico chirurgo; L. 1200 annue vitto e alloggio nei giorni di guardia. Durata in carica due anni. Documenti al presidente dell'amministrazione ospedaliera entro il mese di maggio. Il prescelto entrerà in carica il 15 giugno venturo.

* PIENZA (*Siena*). — Condotta piena per Montichiello; L. 2795 lorde, indennità di cavalc. per visite in campagna, supplenze. Scad. 30 maggio.

PIETRA DE' GIORGI (*Pavia*). — Condotta piena. Abit. 2259. Stipendio L. 3370 lorde. Alloggio gratuito. L. 850 indennità cavalcatura. Tre sessenni del decimo. Scade 10 giugno.

POLA. — Medico (IV) per la Cassa ammalati del personale di stato civile dell'i. r. Marina a Pola. Vedi fasc. 19 Scad. 31 maggio.

* RECOARO (*Vicenza*). — 2ª condotta piena; L. 4000; obbl. cav. Scad. 31 maggio.

ROMA. *Amministrazione Provinciale.* Tre medici assistenti nel manicomio di S. Maria della Pietà (Istituto di Roma o succursale di Ceccano); L. 2300, vitto alloggio personale; nomina biennale, conferme. Età 25-40 anni. Docum. alla segreteria della Provincia non oltre il 31 maggio.

ROMA *Ministero dell'Interno.* — Esami d'idoneità per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Vedi fasc. 19 Rivolgersi alla Direzione Gen. della Sanità pubblica, sia direttamente, sia per mezzo della prefettura di ordinaria residenza, entro il 31 mag.

SAMPEYRE (*Cuneo*). — Prima condotta; L. 1800 (in corso d'approvazione) lorde e 4 sessenni; poveri 400 circa. Ab. 5767. Scad. 30 maggio.

SAN MAURO MARCHESATO (*Catanzaro*). — Condotta piena; L. 3000 lorde, compresovi compenso quale uff. san. Ab. 1839. Scad. 15 giugno.

* SERRAVALLE PISTOIESE (*Firenze*). — Condotta di Casal Guidi, pei poveri; L 2200 aument. di anno in anno fino a L. 2500 lorde e L. 500 per obbl. cavalc., non più di 40 anni, s e. r. Scad. 30 maggio.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza.* - Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Condotta piena; L. 3000. Assunzione del servizio entro 15 giorni. Scad. 31 maggio.

ZONE (*Brescia*). — L. 3400, cura piena, L. 300, arm. farm., L. 200 alloggio, abitanti 1016, località 4 villeggiature. Scade 5 giugno.

Medico chirurgo. sette anni di pratica, cerca interinato mese luglio possibilmente al mare o alta montagna, alta Italia. Scrivere Dottor Carnelli, Firenze, Via Romana 3, p. 2°.

Giovane medico-chirurgo abile ed allenato al servizio di condotta, cerca buon interinato per i mesi di giugno e luglio.

Preferisce località vicina ferrovia. Scrivere « Tessera Touring 157840. Posta. Roma ».

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Ci si comunica:

« Il Consiglio direttivo della Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, nella riunione dall'8 corrente, dopo aver constatato che nulla affidava una prossima attuazione della promessa sindacale che aveva provocato, intermediario il Presidente di quell'Ordine dei medici, la revoca della diffida, deliberava all'unanimità di confermare la diffida stessa, demandando alla Presidenza l'incarico di darne la massima pubblicità, invitando i colleghi che parteciparono al concorso a far atto di sana solidarietà col ritirare i documenti e rimanere ossequenti alla diffida fino al raggiungimento di un equo e decoroso miglioramento economico.

In rapporto poi al dissidio sorto in proposito, fra i medici dell'Ufficio d'igiene ed il Consiglio dell'Ordine Medico Torinese, dissidio causato dal modo con cui questo tutelò gli interessi ed il decoro dei primi, il Consiglio federale, pur convinto, dall'esame dei documenti, che sieno giustificati il risentimento e la protesta dei medici, deliberava di affidare la soluzione della vertenza alla Federazione degli Ordini, interessandola ad emettere, dopo un sereno esame della questione, il suo giudizio.

Roma, 15 maggio 1913.

Il segretario: Dott. G. PALOMBA ».

Dalla presidenza della Sezione Ossolana dell'A. N. M. C. « Si avverte che la Condotta di Macugnaga della quale è stato pubblicato il concorso nel suo pregiatissimo periodico è stata diffidata da questa Sezione, per insufficenza di stipendio, in sua seduta 10 corrente ».

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e di offerte o ricerche di interinati.

CULTURA SUPERIORE.

Per la libera docenza.

In seguito ad una elevata discussione il progetto di legge presentato al Senato ha subito varie modificazioni.

La clausola dei quattro anni di laurea richiesti quale condizione per il conferimento è stata soppressa. L'articolo 1° risulta approvato nel testo seguente emendato:

« L'abilitazione alla libera docenza è concessa per una determinata materia a chi possiede una laurea e dia prova di attitudini scientifiche e di coltura nella materia che si propone di insegnare, con titoli integrati da una conferenza intorno ai titoli e alla materia stessa, nonchè da prove didattiche alle quali saranno aggiunti esercizi sperimentali quando l'indole della materia lo richieda.

« In casi particolari, dei quali sarà giudice il Consiglio superiore, potrà essere ammesso al giudizio di libera docenza anche chi non abbia la laurea.

« La Commissione in via di eccezione potrà dispensare dalle prove sperimentali gli aspiranti le cui attitudini di sperimentatori ritenesse accertate.

« Colui che riesce nella terna in un concorso per professore ordinario o straordinario avrà il titolo di libero docente e potrà chiedere di essere abilitato all'esercizio dell'insegnamento ».

Si è voluto che dei membri della Commissione giudicatrice, i quattro presi dall'insegnamento ufficiale sieno competenti nella materia; e che il quinto, un libero docente, sia nominato dal ministro fra i designati dai liberi docenti stessi. Le altre modificazioni non sono sostanziali. — Il primo comma dell' articolo 2° viene approvato nel nuovo testo:

« La Commissione giudicatrice è nominata colle stesse norme seguite nei concorsi per professori straordinari ed ordinari: quattro commissari apparterranno all'insegnamento ufficiale, possibilmente della materia per la quale è domandata la libera docenza; il quinto commissario sarà un libero docente effettivamente insegnante e possibilmente della materia, designato dai liberi docenti delle Facoltà o scuole a cui l'insegnamento si riferisce, secondo norme da stabilirsi per regolamento ».

L'art. 3, in cui si tratta della decadenza dopo un quinquennio di mancato insegnamento, viene approvato integralmente.

L'art. 4 si occupa della retribuzione al libero docente. Il Senato non accetta la proposta del Governo che essa sia pagata direttamente dallo studente: la retribuzione sarà fissata in base alle iscrizioni.

Nei seguenti articoli si tornò sulla questione di dichiarare decadute dal titolo quel docente che per un certo numero di anni non tenga il corso. Questo venne fissato a cinque.

Un articolo aggiunto permette che la libera docenza venga conferita senza il giudizio della Commissione esaminatrice, ma col solo parere favorevole del Consiglio Superiore, alle individualità scientifiche che ne saranno ritenute degne.

L'ultimo articolo sottrae dall'assoggettarsi a questa legge quelle domande di libere docenze che si trovano attualmente in corso e per le quali la Commissione venne già convocata prima dell'8 maggio u. s.

Il progetto dovrà ora essere sottoposto alla discussione della Camera dei deputati.

I. T.

Il materiale di studio anatomico e clinico per i liberi docenti.

Nel *Bollettino della Pubblica Istruzione*, n. 19, è pubblicata una circolare di S. E. il ministro in ordine a questo argomento.

Il § 98 della legge sulle istituzioni pubbliche di beneficenza dice che gli Ospedali sono tenuti a fornire il locale e a lasciare a disposizione i malati e i cadaveri occorrenti *per i diversi insegnamenti*.

Il § 48 del regolamento di polizia mortuaria dice che i cadaveri, il cui trasporto si deve fare a cura e spese del Municipio, *dovranno* essere consegnati *alle scuole mediche* a scopo di indagine o di studio, ed ove non siano richiesti da essi, potranno essere concessi ai *medici esercenti* che ne facciano domanda, ecc.

Il Ministero, richiesto dai liberi docenti sugli eventuali diritti in merito, ha interpellato il Consiglio superiore della pubblica istruzione, il quale ha dato interpretazione restrittiva, nel senso di ritenere valevoli queste disposizioni soltanto per i corsi ufficiali.

L'argomentazione del Consiglio superiore è infondata in diritto, erronea e pericolosa in fatto.

È infondata in diritto, perchè sotto la definizione di *diversi insegnamenti* il legislatore non poteva non intendere tutti gli insegnamenti che hanno carattere e fine didattico regolarmente riconosciuto, e tra questi è ben naturale debba essere considerato il corso del libero docente che ha controllo e sanzione della Facoltà e del Consiglio superiore stesso, e dal punto di vista didattico è equiparato dal vigente regolamento, per quanto riguarda i doveri, all'insegnante ufficiale, mentre l'art. 64 della legge dice che i corsi dati

a titolo privato, secondo le norme prescritte, avranno lo stesso valore legale dei corsi a titolo pubblico.

Nel regolamento di polizia mortuaria poi, la designazione di scuole mediche in contrapposto ai medici esercenti è ancora più chiara, in quanto applicando alla lettera la interpretazione del Consiglio superiore, un libero docente di anatomia che, secondo il Consiglio superiore, non fa parte della scuola medica, e in realtà nella maggior parte dei casi non è libero esercente, si troverà nella assurda condizione di non poter fruire d'un materiale indispensabile.

È erronea in fatto, perchè presuppone che le Opere pie abbiano gravame dalla concessione del materiale scientifico alle scuole mediche, mentre la legge dispone, per compensare quest'onere, che sia alle Opere pie stesse corrisposto un proporzionale compenso. È pericoloso ancora, perchè, concesso che il libero esercente goda del materiale per la trafila dell'insegnamento ufficiale, può sempre qualche Opera pia contestare al professore ufficiale la sublocazione del materiale di studio al libero docente, cui, secondo questo parere, non compete nessun diritto sul materiale stesso.

Poichè dalla concessione ai liberi docenti lo Stato non ha gravami, in quanto il libero docente deve provvedere a sue spese il materiale didattico; poichè le Opere pie non ricevono danno, in quanto hanno rifusa la eventuale maggiore spesa; poichè l'insegnamento trae vantaggio in quanto più estesamente viene sfruttato il materiale clinico e anatomico in pro degli studi, chiaro risulta come il parere del Consiglio superiore meriti una revisione, che non mancherà certo quando sia trascorso il curioso periodo che la libera docenza oggi attraversa, quasi che ad essa si dovesse imputare il singolarissimo stato degli studi universitari tra noi.

m. s.

NOTIZIE DIVERSE

V Congresso internazionale della stampa medica.

L'Associazione internazionale della stampa medica, conformemente ai suoi statuti, si adunerà in congresso a Londra martedì 5 agosto 1913, alla vigilia del XVII Congresso internazionale delle scienze mediche.

Le sedute avranno luogo all' « Imperial Institute » (presso South Kensigton), nelle sale delle riunioni del Senato dell' Università di Londra, sotto la presidenza del prof. Lucas-Championnière, presidente dell'Associazione. La prima seduta verrà aperta alle 9.30 del 5 agosto; la seconda alle 14 dello stesso giorno. Qualora fosse ritenuto necessario, si terrebbero altre due sedute il 7 agosto.

Tutti i membri dell'Associazione internazionale della stampa medica sono invitati a questa adunanza. Basta iscriversi presso il segretario generale dell'Associazione internazionale, Dr. Raoul Blondel, 103, Boulevard Hausmann, Paris.

I giornalisti medici estranei all'Associazione sono ammessi alle sedute, ma non prendono parte alle votazioni.

Il programma dei lavori del Congresso comporta i seguenti temi fissati al Congresso di Roma:

I. Riforma internazionale della terminologia medica (relatore Blondel);

II. Pubblicazione d'un annuario dell'Associazione internazionale della stampa medica.

I membri dell'Associazione che desiderassero iscrivere altre questioni all'ordine del giorno sono pregati di avvisarne fin da ora il segretario generale.

Alla chiusura del Congresso, in seduta non pubblica, l'Associazione procederà — uniformandosi ai suoi statuti — al rinnovamento delle cariche e ascolterà la relazione del resoconto finanziario fatta dal tesoriere.

Il presidente dell'Associazione internazionale della stampa medica sarà invitato a prendere la parola nella seduta inaugurale del Congresso internazionale di medicina dopo i delegati dei Governi stranieri.

Il segretario generale ricorda che, conformemente alle tradizioni, l'Ufficio del Congresso internazionale di medicina mette a disposizione delle singole Associazioni nazionali della stampa medica, affiliate all'Associazione internazionale, un certo numero di tessere le quali conferiranno ai loro titolari gli stessi vantaggi riservati ai membri del Congresso, dal punto di vista delle sedute, degli inviti ai ricevimenti e dei diritti alle riduzioni per il viaggio.

IV Congresso dei Direttori Sanitari degli Ospedali

si terrà a Bergamo, dai 16 al 19 giugno 1913. Per informazioni e adesioni rivolgersi al dott. C. Salvetti, segretario, Ospedale Maggiore, Bergamo. Quota di inscrizione L. 10.00.

Corso di perfezionamento.

Dai 1° luglio al 1° agosto 1913 sarà tenuto in Siena, sotto la direzione del prof. Achille Sclavo e con il concorso dei professori S. Lussana, F. Micheli, L. Bordoni, D. Ottolenghi, F. Simonelli

e del dott. A. Londini, un corso pratico di sierologia, terapia fisica e radiologia.

Dato il metodo essenzialmente dimostrativo che verrà seguito nell'insegnamento, non si possono accettare più di venti iscrizioni. Qualora le domande superassero questo numero, avranno la preferenza le prime venti.

Le domande di iscrizione, insieme alla tassa di lire 100, saranno dirette al dott. A. Londini, presso l'istituto d'igiene della R. Università di Siena.

Le iscrizioni verranno chiuse il 15 giugno p. v.

Alla fine del Corso sarà rilasciato un certificato agli iscritti.

Crociata contro la tubercolosi.

La Società piemontese d'igiene ha deliberato di riprendere ed intensificare la lotta contro la tubercolosi da essa iniziata nel 1899, bandendo una crociata contro il terribile morbo che mina la gioventù e ne decima le file, oggi più che mai bisognose di numero e di vigore, per far fronte alle esigenze della moderna società, che tutto attende dalla loro sanità di mente e di corpo.

A tal uopo ha ristampato e diffuso altre migliaia di opuscoli contenenti le istruzioni per prevenire la tubercolosi, sicchè il numero di essi ha raggiunto ormai i 100,000, penetrando in tutte le case, scuole, uffici, luoghi di riunione, d'aspetto, opifici, ecc.

Ha creato, colla cooperazione entusiastica del benemerito corpo degli insegnanti municipali, una scuola speciale per far conoscere, in tempo e da vicino, ai giovanetti che cosa è la tubercolosi, donde origina, come si diffonde, come si può prevenire e combattere.

Ha dato il suo appoggio e darà la sua opera al III Congresso della Federazione Italiana delle Opere antitubercolari che si terrà in Torino nel prossimo ottobre, colla presidenza del professore sen. Pio Foà.

Ha istituito una medaglia da conferirsi ai *benemeriti della Crociata contro la tubercolosi*, a tutti coloro cioè che colla parola, coll'opera e col denaro avranno concorso a combattere la temuta malattia.

Con questa sua opera di *prevenzione* la Società piemontese d'igiene cerca di integrare quella di *repressione* che il Municipio ha intrapreso, spendendo somme ingenti per la maggiore ospitalizzazione di tisici, sottraendoli così dai domicilî privati, dove rappresentano un danno igienico ed economico per le rispettive famiglie.

Ora la Società d'igiene, alla quale si è, subito e con entusiasmo, unita l'Associazione Medica Torinese, per raggiungere il proprio intento si rivolge al Corpo sanitario, agli Istituti di previdenza e di assistenza, alle Ditte industriali e commerciali, alle gentili signore torinesi ed alle persone tutte che rappresentano l'aristocrazia della mente, del cuore e della dovizia, esortandole a non rifiutare l'obolo alla Crociata che essa bandisce, convinta di compiere un dovere e certa di vederne presto palesi i benefici effetti, se avrà, come spera, dalla sua il tradizionale, silenzioso, ammirevole buon cuore della popolazione torinese, che sa le miserie umane e le allevia senza menarne scalpore, sposando così l'evangelico concetto della carità a quello moderno della dignità umana, donde il sorgere ed il fiorire di centinaia di opere di fratellanza, che rendono meno sentite e meno umilianti le disuguaglianze sociali.

Il Comitato è così composto: Abba prof. Francesco, presidente della Soc. Piem. d'Igiene; Vinai prof. Scipione e Bianchini ing. Riccardo, vice-presidenti; Pagliani prof. Luigi, Perroncito professore Edoardo, Marzocchi prof. Vittorio, Baroni cav. Eduardo, Bovero prof. Rinaldo, consiglieri; Bergesio prof. Libero, tesoriere; Jorio dott. Ettore, segretario generale; Almasio dott. Paolo, segretario aggiunto; Foà prof. sen. Pio, presidente del Congresso della tubercolosi; Bormans dott. Alfonso, segretario del Comitato locale; Garosci dott. Nicola e De Silvestri dott. Enrico, delegati dell'Associazione Medica Torinese.

Le adesioni vanno dirette al segretario della Società, dott. E. Jorio, via Po, n. 18, Torino.

All'Istituto Rachitici di Milano.

Il 18 corrente all'Istituto dei rachitici di Milano vennero inaugurati il nuovo Padiglione Paolina Belinzoni De Marchi e la Scuola di lavoro Sofia Carmine Speroni.

Alla cerimonia assistevano il conte di Torino, il ministro della P. I. on. Credaro, i senatori Ponti, Cavazzi e Sormani, gli onorevoli Meda e Degli Occhi, il cardinale Ferrari e molte autorità.

Parlarono l'assessore comunale Giachi e il ministro Credaro.

Questi espresse la sua compiacenza di assistere alla cerimonia che armonizza la missione della scienza con quella dello spirito benefico, elevato a forza e a potenza sociale.

Si procedette poi alla visita dei nuovi reparti.

La questione ospitaliera di Milano.

La Commissione consigliare per lo studio della questione ospitaliera di Milano ha posto a fondamento della risoluzione del problema il principio che il Comune debba concorrere assumendosi in proprio l'integrazione dei bisogni della assistenza cittadina. Perciò esso si sostituirebbe alla Cassa di risparmio nella erogazione della somma che sarà per spettare all'Ospedale Maggiore sui 14.000,000 assegnati dalla Cassa alle provincie lombarde indistintamente (circa 3 milioni), di guisa che tale somma andrebbe a favore dell'assistenza decentrata fra i comuni foresi.

Il Comune inoltre riscatterebbe la quota di costo dei padiglioni di recente costruzione.

La Commissione passando a tracciare il piano dell'assistenza ospitaliera in Milano, si è affermata unanime per l'abbandono dell'edificio dello Ospedale Maggiore e la costruzione di un nuovo o di nuovi ospedali.

Per l'Istituto Bassini di Milano,

il quale funziona in modo eccellente nella nuova e propria sede, sono state raccolte nuove e cospicue offerte, tra cui lire 10,000 dalla famiglia del compianto gr. uff. Giacomo Feltrinelli e lire 1500 stanziate quale assegno annuo dalla Deputazione provinciale.

Per gli stabilimenti di Salsomaggiore.

Si è avuta una discussione animata alla Camera sul disegno di legge che porta « Provvedimenti per il riordinamento degli stabilimenti salifero-balneari di Salsomaggiore ». Vi hanno partecipato gli on. Cavagnari, Marazzi, Celli, il ministro delle finanze Facta e il relatore Berenini.

L'on. Celli raccomanda alla Camera un ordine del giorno per invitare il Governo « ad aggiungere al disegno di legge i provvedimenti indispensabili per assicurare la cura gratuita ai poveri nelle terme di Salsomaggiore ».

L'on. Berenini, relatore, dice che la proposta dell'on. Celli potrà venir risolta quando si discuteranno i provvedimenti per l'assetto definitivo delle terme di Salsomaggiore, e non ora, che si tratta unicamente del loro riscatto.

L'on. Celli non insiste nel suo ordine del giorno, del quale il ministro promette di tener conto. Dopo ciò il disegno di legge viene approvato.

Processo per l'uccisione di un medico.

Alle Assise di Siena si è svolto un processo indiziario contro certi Vincenzo Valenti, il fratello Salvatore e la moglie di questi Teresa Di Stefano, accusati di omicidio premeditato in persona del dott. Vasta, medico a Favara (in provincia di Girgenti). Il processo era stato deferito alla Corte di Siena per legittima suspicione.

I giurati hanno dichiarato colpevole il solo Salvatore Valenti, ch'è stato condannato a 15 anni di reclusione.

La lotta contro la sifilide nel Belgio.

Le Unioni professionali mediche del Belgio hanno impreso uno studio del gravissimo problema. L'Unione di Anversa ha emesso i seguenti voti: necessità dell'insegnamento universitario della sifilografia, con esame obbligatorio; misure profilattiche divulgate tra il pubblico; libera scelta del medico da parte del malato (al quale va ispirata diffidenza verso l'efficacia della cura nei dispensari, che porterebbero solo un miglioramento temporaneo e ingenererebbero una sicurezza illusoria); facoltà ai medici e ai poveri di fare eseguire le reazioni necessarie nei laboratori pubblici; distribuzione gratuita dei medicinali ai poveri; abolizione delle misure restrittive per le malattie veneree nelle Associazioni di mutualità.

Denunzia obbligatoria della tubercolosi in Francia.

Per incarico dell'Accademia di Medicina di Parigi, richiesta di parere in proposito dal presidente del Comitato parlamentare per la difesa contro la tubercolosi, il prof. Letulle ha presentato una dettagliata relazione, nella quale, dopo aver ricordato che la denunzia della tubercolosi è già obbligatoria in Danimarca, Norvegia, Germania e Inghilterra, sostiene che la profilassi deve basarsi: 1° sul concetto della diffusione della malattia per mezzo dello sputo; 2° sulla lotta contro l'alcoolismo, le abitazioni insalubri, gli alimenti nocivi; 3° sull'obbligo, quando la tubercolosi è aperta, della denunzia da parte del capo di casa o del capo-officina; 4° sull'applicazione rigorosa della disinfezione e dell'assistenza ai tubercolotici poveri e alle persone con le quali essi convivono.

Sanatorio per le classi medie in Ungheria.

Il municipio di Budapest ha deciso di costruire un Sanatorio per tubercolosi a vantaggio dei pazienti che appartengono alle classi sociali medie. La retta della degenza non supererà le 12 lire al giorno. Il Sanatorio potrà allogare 150-180 infermi. Sinora i malati appartenenti alle classi medie non avevano altra scelta che l'Ospedale oppure i Sanatori privati, dove la retta è troppo alta. Se questo primo esperimento avrà buon esito, altri municipi dell'Ungheria seguiranno lo esempio.

L'assicurazione obbligatoria contro la malattia e l'invalidità nel Belgio.

Dopo la Germania e l'Inghilterra, il Belgio si inoltra rapidamente sulla via delle assicurazioni sociali.

Un progetto di legge che rende obbligatoria la assicurazione contro le malattie e l'invalidità è stato presentato, or è qualche tempo, dal Ministero alla Camera. L'organizzazione di questo servizio sarà affidata alle Società di mutuo soccorso, alle Federazioni riconosciute ed a Comitati regionali mutualisti. Lo Stato e gli industriali concorreranno all'assicurazione, ma in misura minore degli interessati.

Questi avranno diritto alle cure mediche e farmaceutiche e ad una lira al giorno a partire dal 10° giorno di malattia in poi. L'invalidità sarà pensionata. Le partorienti riceveranno un sussidio di lire 30. La tassa annua per i non mutualisti sarà di lire 18, di cui 12 per la malattia e 6 per l'invalidità.

Per combattere la mortalità infantile in America.

L'Accademia di Medicina a Nuova York, dopo avere discusso intorno alle cause della mortalità infantile, ha proposto di aprire nella città 70 vendite di latte genuino, visti i danni che dalla cattiva qualità di questo alimento derivano ai bambini.

Il chinino di Stato italiano in Argentina.

Ci si comunica:

Il favorire la esportazione del chinino di Stato italiano in Argentina ha non soltanto lo scopo di un futuro immancabile vantaggio commerciale, ma altresì quello, immediato, di compiere opera gradita sia al Governo italiano, che ha attuato come una delle sue più belle vittorie il chinino di Stato, e sia al Governo argentino, il quale tende, mediante il *Departamento Nacional de Higiene*, ad ottenere una continua selezione dei farmaci importati nella Repubblica, accogliendo di preferenza quelli i quali dànno maggiori garanzie di purezza e di serietà.

Inoltre, in Italia come in Argentina, nella vecchia Europa come nelle giovani Americhe, giustamente va prevalendo il concetto di attenersi ai farmaci più semplici e più naturali; dei quali, di indiscussa e indiscutibile efficacia, non solo come antimalarico, ma come febbrifugo in generale e antinevralgico, ecc., è prototipo il chinino.

Il chinino di Stato italiano venne degnamente rappresentato in Argentina in occasione delle Esposizioni Internazionali del Centenario (1910), per opera del Comitato Nazionale per le esposizioni ed esportazioni italiane all'estero; e si trova riassunto nella relazione ufficiale riguardante la Esposizione d'igiene e medicina quanto detto Comitato fece per il chinino di Stato.

Spetta poi al dott. P. Piccinini, che era stato commissario per la suaccennata Esposizione di igiene, l'aver continuato in Buenos Ayres le pra-

tiche iniziate a favore del *chinino di Stato*, ottenendo che si effettuasse il deposito legale del marchio in nome dello Stato italiano e ottenendo altresì la autorizzazione, da parte del *Departamento Nac. de Higiene*, per la introduzione in Argentina e vendita *libera* del farmaco (cioè anche senza ricetta medica).

Sopratutto, poi, egli riusciva ad ottenere che, mediante uno s eciale decreto in data 22 luglio 1912, il Governo argentino autorizzasse la entrata in *franchigia* del chinino di Stato italiano; è del tutto superfluo commentare l'importanza di un simile fatto, che elimina una dogana fortissima. Con apposite circolari ai farmacisti, ai medici, al pubblico, con la esecuzione e distribuzione di cartelli-réclame, di cartoline illustrate, ecc., era attuata la propaganda del prodotto; pure a tale scopo era pubblicata e diffusa una *Antologia popular de Higiene;* e parimenti il dott. P. Piccinini poneva a disposizione dei suoi agenti commerciali migliaia di tubetti di saggi gratuiti pei medici e migliaia di copie del suo libro *Acciones de los Medicamentos*.

Stabilita la forma di propaganda altresì sui giornali medici e politici, il dott. P. Piccinini otteneva dall'on. Ministero delle finanze, in Italia, che venissero uniti ai tubetti di chinino di Stato destinati all'Argentina, dei foglietti in lingua spagnola, con dicitura adatta ad una efficace propaganda a favore del prodotto.

Questo è, schematicamente, quanto è stato fatto fino ad ora per aprire il mercato argentino al *chinino di Stato* italiano; il quale ha certamente non solo un valore *commerciale*, ma anche uno speciale valore *morale*, per i benefici che ha già apportati in Italia e per la legislazione annessa, che è dappertutto considerata con ammirazione. In Argentina già numerosissime farmacie tengono il *chinino di Stato* italiano, ed è da augurarsi che altre forze si associno per dare sempre maggiore impulso alla ottima iniziativa, posta oramai dal dott. cav. P. Piccinini sopra solidissime basi.

Corsi d'igiene per i missionari.

Nel Belgio ed in Germania, in questi ultimi anni, pei missionari che si recano nei climi caldi, si sono istituiti corsi speciali d'igiene e medicina tropicale, valendosi non solo di un insegnamento teorico-pratico dei medici delle colonie, ma anche del materiale clinico fornito da individui ritornati malati dai tropici; cosicchè parecchi dei missionari di quei paesi sanno maneggiare il microscopio e stabilire diagnosi, ricercando nel sangue degli ammalati il *tripanosoma*, l'agente causale della malattia del sonno, od il parassita della malaria, ecc., ciò che nelle loro missioni può riuscire di grande vantaggio per la cura e per la profilassi delle malattie.

L'esempio è stato seguito due anni fa dall'Istituto lombardo per le missioni estere. Esso ha istituito un corso d'igiene al quale si sono iscritti una trentina di giovani sacerdoti, futuri missionari.

Il 25 aprile u. s. si svolsero gli esami. La Commissione esaminatrice era composta del cav. uff. prof. Favari, dal dott. Baizini e dal dott. Calderoli. Assistevano agli esami monsignor Viganò, vescovo di Ezane e direttore dell'Istituto, il padre Davide, cappuccino, superiore della Missione dell'Alto Alegre, Amàzzoni, Brasile, ed il padre Spada di Hong-Kong (Cina).

Le prove, riuscite brillanti, si svolsero sull'igiene in genere, con particolare riguardo all'igiene e medicina tropicale, materia che era stata trattata e svolta in un corso regolare d'insegnamento negli ultimi due anni scolastici.

Il corso speciale d'igiene iniziato nell'Istituto lombardo continuerà negli anni venturi.

Sarebbe altamente desiderabile che in questo campo qualche cosa si facesse in favore degli emigranti italiani, specialmente di coloro che si recano nei climi caldi (Africa, Brasile tropicale, ecc.), dove troppo spesso rimangono vittime di malattie per mancanza di istruzione, di educazione igienica ed anche di protezione igienico-sanitaria da parte dei governi e degli enti a ciò obbligati.

(*La Vita Sanit.*).

La Società Medica di Berlino.

All'ultima adunanza generale della Società medica di Berlino il prof. von Hansemann, segretario onorario, fece una diligente esposizione sullo stato attuale della Società.

Risulta dalla relazione che il numero dei soci ascendeva a 1714, tra cui 22 onorari e 9 a vita. Durante il 1912 il numero dei soci è aumentato di 93. Dei membri onorari due sono morti durante l'anno: lord Joseph Lister di Londra e il prof. Armaur Hansen di Bergen. La Società ha tenuto 34 adunanze con 44 conferenze.

Il tesoriere prof. Stadelmann annunziò che i fondi della Società ascendono a 280,900 marchi, ossia 351,125 lire italiane.

Il bibliotecario, dott. Hans Kohn, riferì come la biblioteca sia stata visitata 10,461 volte da soci e 11,433 volte da loro amici. Essa riceve 206 giornali medici e nel suo catalogo figurano 46,340 volumi, i quali risultano di libri e di periodici. Durante il 1912 si è addivenuti a un'intesa con altre associazioni mediche di Berlino, i cui membri converranno nelle sale di lettura della Società, così da eliminare gli abbonamenti multipli e da destinare i fondi all'abbonamento di un maggior numero di giornali.

La Società farà costruire una sede propria, sotto il nome di Virchow-Haus; la costruzione verrà iniziata in ottobre e durerà un anno.

L'ufficio di presidenza è stato rieletto: presidente della Società è il prof. Orth.

Dimostrazioni di anatomia patologica.

Anche alla fine di questo anno scolastico, come da una serie di anni, il prof. Otto von Schroen di Napoli dedica un certo numero di dimostrazioni macroscopiche e microscopiche, nonchè di lezioni dottrinali, illustrate dalla proiezione di microfotografie semplici e colorate, alla etiologia e patogenesi della tubercolosi e della tisi polmonare.

Le dimostrazioni e le lezioni hanno luogo dalle ore 13 alle 15, dal 20 maggio al 7 giugno, presso l'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Napoli.

Infezioni a bordo di una nave.

Sulla nave « Bronte » 75 marinai sono stati colpiti da sintomi di avvelenamento e ricoverati all'ospedale di marina di Piedigrotta.

Questi casi erano stati attribuiti a tossi-infezione da carni in scatola; ma un'inchiesta eseguita dal generale medico Calcagno per ordine del Ministero della marina avrebbe portato a ritenere che si tratti di infezioni tifoidee.

Rassegna della stampa medica.

Gazz. d. Osp., 4 mar. NICOLA. « Sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare ».

Münch. Med. Woch., 4 mar. VULPIUS. « La cura delle ferite interne dell'articolazione del ginocchio ». — KOLB e LAUBENHEIMER. « Sul valore della terapia profilattica del tetano ». — WAGNER. « Le piastre al tellurio Conradi-Troch nell'accertamento della difteria ».

Gaz. d. Hôp., 4 mar. BOURDINIÈRE. « Sulle infezioni paratifoidi ».

Le Bull. Méd., 5 mar. QUÉNU. « I sintomi d'ostruzione intestinale nella colica nefritica ».

Arch. p. le Sc. Med., 5 mar. VANZETTI. « Atresie congenite delle vie biliari ». — SICCARDI. « Sull'azione del piombo ». — PENTIMALLI. « Azione dell'adrenalina e della paraganglina sulla meccanica respiratoria ».

La Presse Méd., 5 mar. LEMOINE. « Iniezioni ipodermiche di chinina ».

Wien. Klin. Woch., 6 mar. KLEIN e STERN. « Il benzolo nelle cure dei processi leucemici ». — SCHOPPER. « Il colera nella Romelia orientale durante la guerra balcanica ».

Zbl. f. inn. Med., 8 mar. ROTKY. « Sulla miosite traumatica ».

Die Ther. d. Gegenw., mar. SCHRUMPF. « La terapia specifica della tubercolosi secondo Maragliano ». — STERNBERG. « La terapia dell'inappetenza ».

Deut. Med. Woch., 6 mar. DENCKE. « Le malattie sifilitiche dell'aorta ». — F. e L. SCHÜTZ. « I bacilli del tifo nelle tonsille di tifosi ». — DUTOIT. « Il pneumotorace artificiale ».

Le Progrès Méd., 8 mar. AUDRAIN. « Le reazioni della linfa e del tessuto linfatico ».

Gazz. Med. It., 6 mar. TREVISAN. « Casi di pneumotorace terapeutico ».

Brit. Med. Journ., 8 mar. « Numero destinato alle cardiopatie ».

The Lancet, 8 mar. ADAMS. « Le aderenze peritoneali ». — BERRY. « La chirurgia della tiroide ». — BARDSWELL. « Sulla cura della tubercolosi polmonare ».

Gazz. d. Osp., 9 mar. BERTI. « Sulla fisiopatologia della secrezione gastrica ». — FAGO. « Sul megacolon congenito ».

Berl. Klin. Woch., 9 mar. ORTH. « Il significato dei bacilli tubercolari bovini per l'uomo ». — WERNER. « I metodi di cura non operativa dei tumori maligni ».

Mediz. Klinik, 9 mar. LOSSEN. « Sull'endocardite settica lenta ». — FISCHL. « La scarlattina ».

Le Scalpel, 4 mar. H. v. WINIWARTER. « Chemoterapia della tubercolosi ».

La Rif. Med., 8 mar. DE RENZI. « Scorbuto, emofilia ed anemia perniciosa progressiva ». — CEDRANGOLO. « Sulla sindrome di Brown-Séquard ». — FAGIUOLI. « Bacilli acido resistenti nel sangue ».

La Presse Méd., 8 mar. NOLHA. « L'impiego del siero animale semplice in chirurgia ».

Paris Méd., 8 mar. CARRIÈRE. « Meningocele, spina bifida ». — FIESSINGER e DURAND. « La keratosi blenorragica ». — TORRETTA. « La vita medica in Italia ».

Pensiero Med., 9 mar. MORONE. « Sulle cosidette nevralgie ematuriche ».

Arch. d. Mal. du coeur, ecc., mar. ETIENNE. « L'intersistole nell'uomo ».

Gaz. d. Hôp., 8 mar. VIGNES. « Il cardiospasmo ».

Klin.-ther. Woch., 10 mar. PÖSSLES. « Le malattie delle articolazioni ». — CHLUMSKY. « La terapia non operativa dei tumori maligni ».

La Prov. Méd., 8 mar. ROUX. « Sulla cura della pertosse ».

The Americ. Journ. of the Med. Sciences, mar. CUSHING. « Discriminazione delle turbe dei due lobi del corpo pituitario ». — HALL. « Il sanatorio dell'avvenire ». — CROHN. « La diagnosi funzionale del pancreas ». — THOMAS. « Sull'empiema ».

Rev. de Méd., 10 mar. PIÉRY e MANDOUL. « Tubercolosi infiammatoria del crasso ». — PIC. « La tubercolosi imfiammatoria ».

Riv. crit. di Clin. Med., 8 mar. SALAGHI. « Appunti di medicina tropicale raccolti in Libia ».

Med. Record, 8 mar. PARK. « Il thorium X nell'anemia perniciosa ». — Mc CORD. « L'adrenalina nell'asma ».

Bull. de l'Ac. de Méd., 11 mar. CHANTEMESSE. « La vaccinazione antitifica nell'esercito degli Stati Uniti (discuss.) ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. *Roma, 1 giugno 1913* Fasc. 22

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Patologia e Clinica Chirurgica della R. Università di Torino
diretto dal prof. D. BAJARDI.

L'importanza delle nevralgie sciatiche e lombari nella diagnosi dei tumori infiammatori tubercolari del bacino

per il dott. UGO CAMERA, assistente.

Le nevralgie sciatiche e lombari possono far parte della sintomatologia dei tumori infiammatori o non del bacino, che eventualmente comprimono i tronchi nervosi sciatici o lombari: generalmente in questi casi esse sono associate o subito seguite da altri segni facilmente riconoscibili (punti ossei od articolari dolorosi, masse palpabili o dimostrabili con altri mezzi [esame radiografico], disturbi funzionali a carico di qualche organo) sicchè il loro significato puramente sintomatologico appare subito evidente.

Ho avuto occasione di osservare nella clinica del mio Maestro prof. D. Bajardi, tre casi di nevralgie, che per lungo tempo (16-8-6 mesi) furono l'unico sintomo apprezzabile di un tumore infiammatorio tubercolare del bacino, che non si rilevò come tale, se non quando il pus si rese rapidamente evidente, invadendo la fossa iliaca interna. Per l'assenza di altri sintomi, che potessero far riguardare nel loro giusto significato queste nevralgie, esse furono sempre scambiate e quindi curate come nevralgie essenziali, e solo nel 3° caso, il sospetto della vera essenza della malattia fu reso a noi possibile, perchè eravamo prevenuti dalle due prime osservazioni.

Ho creduto quindi interessante render di pubblica ragione questi tre casi, e vivamente ringrazio il mio Maestro per la concessione.

G... E... d'anni 29, fattorino postale, da Montegrosso d'Asti. Gentilizio immune. Ammalò a 23 anni di polmonite lobare, che fece il suo decorso regolare.

Nessuna infezione venerea o sifilitica.

Nel gennaio del 1909 dopo aver camminato qualche ora, cominciò a sentire a livello dei lombi come un senso di stiramento, di dolore muto, che l'A. localizzava profondamente. La pressione sulle parti molli e sullo scheletro corrispondente era affatto indolore.

Per qualche tempo non vi fece caso e continuò nelle sue occupazioni; ma in seguito, diventando il dolore sempre più molesto, ricorse ad un medico, che lo curò dapprima con joduro potassico, poi con bagni caldi, poi con pomate rivulsive, senza alcun risultato. Più tardi il dolore s'irradiava all'inguine e alla radice della coscia sinistra, poscia anche posteriormente lungo l'arto sino al poplite. Fu creduto affetto di nevralgia sciatica e lombare e curato dapprima con bagni caldi, con massaggi, con iniezioni di morfina, e ad ultimo per due mesi a giorni alterni con applicazioni elettriche, ma senza risultati. L'a. pro-

vava solo qualche sollievo, rimanendo coricato e flettendo la coscia sul bacino.

Nei primi di maggio 1910 ricoverò nella Clinica.

L'a. presentava un aspetto sofferente e deperito, tuttavia non si rilevò nulla di patologico ai visceri interni. Nessun punto dolente alla co lonna vertebrale, alle ossa del bacino, all'interlinea articolare dell'articolazione sacroiliaca e parti molli circostanti. Nulla all'articolazione ileofemorale. Addome completamete trattabile. di facile esplorazione, data la magrezza dell'ammalato.

La mano esplorativa affondata in esso e nella fossa iliaca interna, non notava alcunchè di anormale. Esame rettale negativo; la pressione lungo il nervo sciatico affatto indolente. Sensibilità dell'arto e riflessi patellari normali. Un esame radiografico non dimostrò nulla; la cutireazione risultò positiva. Dopo 10 giorni di degenza in ospedale, quasi improvvisamente i dolori diminuirono, e l'esame del malato fatto poco tempo dopo, dimostrò nella fossa iliaca interna sinistra, la presenza di una tumefazione mal definibile, elastica, indolente, che crebbe rapidamente di volume, in modo da occupare in due o tre giorni tutta la fossa iliaca interna.

In questo momento si notò evidentissima la fluttuazione. L'a non aveva mai avuto rialzi di temperatura.

Certamente giunti a questo punto non si poteva rimanere più in dubbio sulla diagnosi; la rapidissima apparizione ed accrescimento del tumore, la sua sede, la mancanza di forti rialzi di temperatura, la cutireazione positiva, ci parlavano decisamente in favore di un ascesso freddo lomboiliaco.

Il 16 maggio 1910 si fece un taglio parainguinale, che diede l'uscita ad un abbondante quantità di pus, dal caratteristico aspetto tubercolare. La cavità venne scovolata con tintura di jodio, e si chiuse completamente la ferita operatoria. Guarigione *per primam*. Subito dopo l'atto opei. rativo i dolori, che erano già negli ultimi giorndiminuiti scomparvero del tutto, e l'a. dopo 20 giorni poteva lasciare l'ospedale, e dopo due mesi riprendere il suo lavoro.

Nel luglio dello stesso anno si presentava alla Clinica un altro ammalato, N... N... di 38 anni, impiegato.

La sua malattia si era iniziata 8 mesi prima con violenti dolori lungo il decorso dello sciatico destro.

Fu creduto affetto da nevralgia ischiatica e fu curato invano con joduro potassico, preparati salicilici, rivulsivi, ed anche con numerose applicazioni dei fanghi di Acqui. Da circa quindici giorni i dolori erano alhuanto diminuiti ed infine scomparsi coll'apparire all'inguine destro di una bozza, molle, fluttuante, riducibile, indolente, che egli aveva creduto un'ernia, e si era appunto per una cura radicale rivolto al chirurgo.

Individuo d'aspetto deperito, con apicite destra. Deambulazione alquanto claudicante per leggera flessione della coscia sul bacino Temperatura con leggieri rialzi vespertini. Nella regione inguinale destra, a due dita trasverse al disopra dell'anello inguinale profondo, presentava una tumefazione del volume di una grossa arancia, fluttuante, riducibile, indolente, ottusa alla percussione, coperta da cute normale. La fossa iliaca interna corrispondente era occupata da una tumefazione molle, senza limiti netti, ottusa ed indolente essa pure. Premendo su quest'ultima tumefazione s'inturgidiva e s'ingrossava la tumefazione superficiale. Non punti dolorosi nè alla colonna vertebrale nè al bacino. Si fece diagnosi di ascesso freddo a bottoniera della fossa iliaca interna destra.

L'operazione diede esito ad un'abbondante quantità di pus d'aspetto tubercolore. Guarigione. Dopo 25 giorni l'a. lascia l'ospedale e va a trascorrere due mesi al mare, da dove ritorna in ottime condizioni locali e generali. Ritorna però in clinica 11 mesi dopo con orchiepididimite tubercolare destra, per cui si dovette procedere all'ablazione del testicolo ammalato.

Nel 3° caso si trattava pure di un giovane uomo di 28 anni, T... A..., da Montaldo, che da 5 mesi si trovava affetto da forti dolori nevralgici allo sciatico sinistro, e che aveva già esperito senza alcun risultato diverse cure antinevralgiche. Entra in Clinica il 18 marzo 1910. Aspetto sofferente, ma in condizioni generali discrete. Presenta un'estesa cifosi rachitica dorsale. Nulla ai visceri toracici: temperatura normale. Dice che questi dolori all'arto non gli concedono un'ora di riposo. Il reperto dell'esame clinico rispecchia addirittura quello del primo caso.

Questo 3° caso, come si vede, presentava moltissima rassomiglianza coi due citati, e perciò si formulò la diagnosi di probabile tumore infiammatorio specifico della fossa lomboiliaca comprimente il plesso sacrale. Il paziente non volle sottoporsi ad una cura cruenta e lasciò l'ospedale.

Ritornò però un mese dopo cogli stessi dolori e colla faccia posteriore della coscia escoriata e e piagata da rivulsivi, che gli erano stati applicati.

Intanto era comparso qualchecosa di nuovo. Nell'addome, all'altezza della spina iliaca anteriore superiore di sinistra, a quattro dita trasverse all'interno di essa, si palpava una resistenza, una tumefazione non ben definibile nei suoi caratteri.

Questo reperto ci confermò maggiormente nella diagnosi già fatta.

Si condusse un taglio parainguinale nella regione iliaca sinistra, e dopo aver scollato per qualche centimetro il peritoneo, si penetrò in una sacca, dalla quale usci abbondante pus di aspetto tubercolare, e due piccoli sequestri ossei.

L'a. potè lasciare l'ospedale completamente guarito.

***

In tutti e tre i casi trattavasi di un'affezione tubercolare, probabilmente sorta nello scheletro del bacino, che aveva dato luogo ad un tumore infiammatorio, che per lungo tempo si era manifestato unicamente per mezzo di nevralgie sciatiche e lombari ribelli ad ogni trattamento.

Quantunque sia cosa nota che queste infiammazioni croniche possano in tal modo manifestarsi, abbiamo visto che solo sul finir della malattia, quando si rese evidente l'ascesso freddo, fu possibile la diagnosi, e queste nevralgie furono considerate come essenziali, e come tali curate.

Questo errore però non ci deve stupire, se si considera l'insufficienza dei criteri, che si propongono per la diagnosi differenziale fra la vera nevralgia e quella sintomatica, quando questa non è associata ad alcun altro sintomo, che la possa far sospettare come tale.

Ad es., l'Oppenheim, nel suo *Trattato delle malattie nervose*, così si esprime: « Quando i dolori sciatici dipendono da compressione del nervo, mancano, *pare*, di solito i punti dolorosi; in seguito si sviluppano i segni dell'interrotta conduzione (e tuttavia questo sintomo non esisteva nei nostri ammalati). *In questi casi il miglior criterio è dato dall'esame esatto degli organi del bacino* ».

Si comprende che quando questo esame risulta negativo, viene a mancare il criterio più importante per la diagnosi. Non è che la prevenzione dell'esistenza di tali decorsi, che ci può mettere sulla buona via; ed è appunto questa prevenzione, che, come abbiamo visto, nel 3° caso ci ha permesso di fare la diagnosi, almeno di probabilità.

E trattandosi di processi tubercolari, il poter evitare un simile errore diagnostico è di somma importanza per l'a., non solo per l'intervento in tali casi giustificabilissimo per liberare dai tormenti il paziente, ma anche per il pericolo a cui si va incontro, lasciando a sè il processo tubercolare, che questo si generalizzi. Tutta la speranza ed il valore della terapia nella tubercolosi, si fonda, per ora, sulla diagnosi precoce di essa. Nel nostro 2° ammalato, nel momento in cui cadde sotto la nostra osservazione, non si poteva dire se fosse primitivo il focolaio del polmone o quello del bacino: è sempre però giustificabile l'ipotesi, che una diagnosi od un sospetto, sull'inizio della malattia, avrebbe permesso una cura generale adatta, che avrebbe potuto impedire almeno la localizzazione testicolare.

Sarà quindi consigliabile, quando ci si trova in presenza di tali nevralgie, altrimenti non spiegabili, sospettare la possibilità che esse possano essere determinate da un focolaio tubercolare del bacino, che dovrà allora essere ricercato con tutti i mezzi che la clinica ed il laboratorio ci insegnano (reazioni tubercoliniche ed anafilattiche, deviazione del complemento, ecc.). In caso di risultato positivo, il sospetto avrà più ragione di esistere, e se non si vuole o non è indicato intervenire, nell'attesa si potrà sottoporre l'a. ad una cura igienica e medicamentosa antitubercolare, che servirà ad agguerrire l'organismo contro una possibile diffusione del processo, e magari ottenerne la guarigione.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Sulla scelta delle sostanze alimentari nelle malattie.

(CARL V. NOORDEN. *Therapeutische Monatshefte.* XXVII, p. 8, 1913).

(Relazione nella sezione di dietetica del Congresso di Igiene tenuto a Washington nel settembre 1912).

Il tema si lascerebbe esaminare da differenti punti di vista. L'O. però preferisce procedere da determinati gruppi di malattie, illustrando gli speciali quesiti della terapia dietetica in proposito, e mostrando quindi quali sono le sostanze utili, rispettivamente nocive, pel raggiungimento dello scopo. Senza arrivare fino alle particolarità e occuparsi della preparazione dei cibi e delle bevande, egli prenderà specialmente in considerazione solo i grandi gruppi di sostanze alimentari (proteine, grassi, idrati di carbonio, droghe, ecc.).

Obesità. — Tutte le cure di dimagramento, dirette contro l'obesità, si fondano su un principio comune: *diminuire la quantità totale degli alimenti, abbassare il valore energetico degli alimenti.* Oggi più non si ammette, come una volta, l'esistenza di sostanze alimentari dannose o favorevoli all'obesità, e si valuta il consumo o l'accumulo di grasso esclusivamente *dal rapporto tra fabbisogno di calorie e assunzione di calorie*; sicchè la speciale scelta degli alimenti diviene di significato subordinato, quando si consideri così solo il loro valore energetico. Ma ad onta dell'inconfutabilità teorica di questo principio, non ne è semplice l'applicazione pratica. L'esperienza ha infatti dimostrato difficilissima ad effettuare la limitazione proporzionale dei tre gruppi principali di sostanze alimentari (proteine, grassi e idrati di carbonio); e manca inoltre una norma sicura, secondo cui il paziente possa regolare la sua alimentazione. Non basta dirgli, che deve interrompere il suo pasto prima che senta il senso di sazietà; perchè egli può aver già oltrepassato, a quel punto, da lunga pezza il limite estremo concedibile. Per questo ed altri motivi l'O. nelle cure di dimagramento ha sempre tenuto conto della limitazione delle singole sostanze alimentari, e innanzi tutto del *grasso*, come già sostennero Bauting e Harvey. L'esclusione dei grassi, mentre non porta a speciali difficoltà tecniche, tanto che può essere effettuata anche da profani incolti, permette di allontanare dall'alimentazione proprio quelle sostanze, che in piccolo volume racchiudono il massimo valore energetico. D'altra

parte colle proteine e gli idrati di carbonio solamente è possibile soddisfare come normalmente il bisogno alimentare, anche senza coprire il fabbisogno di calorie, cioè in condizioni da ottenere lentamente e senza pericolo una diminuzione di peso. Rimane anche così nella dieta giornaliera una significante quantità di idrati di carbonio, che — come sappiamo dai lavori fondamentali del Voit — rappresentano per le proteine del corpo un eccellente mezzo di protezione. In tutti i modi è sempre però necessaria la diretta e diligente sorveglianza del medico. L'O. ritiene che anche i cattivi effetti delle cosidette *cure rapide* di dimagramento, venute in cattiva fama per l'esaurimento da cui erano seguite, potrebbero essere diminuiti, badando al fatto, che mentre è possibile di ridurre a un *minimum* il contenuto in grassi dell'alimentazione, deve sempre entrare nella dieta una sufficiente quantità di idrati di carbonio. Il grasso necessario pei processi ossidativi viene dall'organismo facilmente attinto dal proprio pannicolo adiposo.

La conoscenza dell'importanza di mantenere, nelle cure di dimagramento, grandi quantità di idrati di carbonio, ha recentemente condotto anche a raccomandare la dieta vegetale. L'O. fondandosi sui risultati pratici finora ottenuti si dichiara sfavorevole: accanto a soddisfacenti diminuzioni di peso, si ottengono anche diminuzioni di forze e impoverimento del sangue, verosimilmente per la relativa povertà della dieta vegetale in proteine. Secondo le estese esperienze dell'O., risultati favorevoli si ottengono, quando, rinunziando ai grassi, nelle cure di dimagramento si mantengano almeno 120 gr. di proteine; di idrati di carbonio se ne permetteranno 120-150 gr. nelle cure rapide, e quantità molto maggiori negli altri casi. La limitazione dell'ingestione di acqua ha importanza terapeutica solo quando si abbia da fare anche con alterazioni circolatorie.

Cure di ingrassamento. — In tutte le svariate condizioni, in cui occorra migliorare lo stato di nutrizione dell'organismo, è necessario partire dal fatto, che noi, aumentando l'alimentazione, in prima linea arricchiamo solo i depositi di grasso del corpo. Certo sono trattenute nel corpo anche sostanze azotate; ma oltre ad essere la loro quantità piccola di fronte a quella del grasso, è tuttora molto discutibile, se esse realmente portino ad un aumento del protoplasma vivente. È verosimile che la maggior parte ha solo significato di materiale di riserva, che le cellule accumulano, come accumulano il glicogene o il grasso. Tale accumulo sembra maggiore quando si somministrino molti proteici (specie molta caseina e derivati); ma avendo a che fare con individui di debole appetito, non se ne può abusare, poichè l'esperienza insegna che l'uso eccessivo di proteici abbassa fortemente la capacità di assumere le altre sostanze nutritive. Raramente riesce di oltrepassare nelle cure d'ingrassamento i 100-120 gr. di proteine al giorno. Invece è opportuno, in ogni cura d'ingrassamento, ricorrere a grandi quantità di idrati di carbonio; ma dato il fatto che quasi tutti gli idrati di carbonio per essere bene utilizzati dovrebbero essere somministrati in forte diluizione, e che quasi tutti i cibi a base di essi presentano un volume considerevole, anche qui non si riesce ad oltrepassare la somma di circa 250-300 gr.

Da questa quantità più quella suaccennata di proteine risulta un complesso equivalente a circa 1200-1400 calorie. Pertanto è evidente che tutto l'effetto positivo nella cura dipende in conclusione *dalla quantità di grasso*, per quanto sia difficile incorporarne la quantità necessaria cogli altri alimenti senza destare ripugnanza.

Nella Clinica dell'O. si riesce tuttavia a somministrare in modo opportuno frazionatamente gr. 300 di grasso per giorno (= a più da 2700 calorie), ciò che costituisce il fondamento di grande e rapido successo, come attestano gli aumenti di peso di più che 2 kgr. per settimana raggiunti.

Si vede così che nelle due opposte cure dietetiche, di dimagramento e di ingrassamento, il risultato dipende *essenzialmente dalla quantità di grasso introdotto*, nel primo caso cioè dalla maggiore limitazione possibile di esso, nel secondo dal maggiore possibile aumento.

Diatesi artritica e urica. — Qui la cosa è semplice. Oggi si sa che ogni individuo pel consumo dei propri tessuti produce una certa quantità di acido urico, che s' indica come *endogeno* e la cui produzione non possiamo in alcun modo influenzare, mentre la rimanente produzione di acido urico (*esogeno*) dipende esclusivamente dall'assunzione dei corpi purinici, presenti in parte nelle sostanze nucleari, in parte come sostanze estrattive nei succhi delle cellule animali. Quindi a individui con tendenza artritica bisognerà limitare al possibile l'ingestioue di corpi purinici cogli alimenti. Si consiglierà l'alimentazione essenzialmente vegetale, e degli alimenti animali si permetterà sopratutto il latte e i suoi derivati. Ciò pei casi più gravi; giacchè in altri viene tollerata una certa quantità di corpi purinici, la quale però è necessario conoscere. Ciò è possibile ricorrendo alla cosidetta « prova di tolleranza » dell'O.

Altri punti di vista dietetici non hanno significato essenziale pel trattamento della gotta. In verità ogni singolo caso può presentare le più svariate complicazioni (obesità, alterazioni gastro-

intestinali, cardiache, ecc.); ciò potrà influenzare la nostra condotta, ma non ha nulla che vedere con l'alterazione primaria del ricambio.

Diabete mellito. — Molto più complicate stanno le cose pel diabete mellito. In esso esiste una ipereccitabilità della funzione glicogenetica del fegato, per cui si libera più zucchero di quello che i tessuti del corpo non potrebbero elaborare. Quanto più elevata è tale ipereccitabilità, altrettanto più grave è il diabete. Il nostro compito consiste appunto nel moderarla. I più forti stimoli della funzione glicogenetica epatica sono gli idrati di carbonio, e noi dovremo perciò eliminarli quanto più è possibile dalla dieta. La questione, se essi si debbano solo diminuire o sopprimere per evitare perdite di zucchero, è solo subordinata, ed è molto più importante spegnere la causa della glicosuria e dell'iperglicemia, cioè l'abnorme eccitabilità dei processi glicogenetici. Ma secondo gli studi di questi ultimi anni, oltre agli idrati di carbonio anche i proteici costituiscono un forte stimolo dei processi glicogenetici; il lavorio del fegato per l'assimilazione e disassimilazione delle sostanze proteiche costituisce per sè uno stimolo dei processi glicogenetici. Mentre gli idrati di carbonio agirebbero come gli alimenti in un animale che lavora, i proteici agirebbero invece come una sferza. Varia però il comportamento per le varie sostanze proteiche: la carne e la caseina aumentano la produzione di zucchero, più che l'albumina d'uovo e i vegetali. Inoltre l'uso contemporaneo di proteici e idrati di carbonio la eleva anche di più che la somministrazione successiva con un intervallo.

L'influenza dannosa dei proteici sul ricambio dei diabetici dipenderebbe, secondo l'O., in gran parte dall'influenza dinamica specifica, che i proteici esercitano sul ricambio totale; essa è piccola nei sani, notevole nei casi di aumento dei processi ossidativi; e i casi gravi di diabete sono appunto legati ad aumento delle ossidazioni totali (Benedict, Joslin e Falta). Oggi più non si concede ai diabetici una così grande quantità di albumina e di carne, come si usava una volta; ed è vantaggioso notare, che in tali circostanze si può fare un consumo alquanto più ricco di idrati di carbonio.

L'O. già 12 anni or sono sperimentalmente dimostrava, che, evitando affatto la carne, si poteva somministrare ai diabetici una notevole quantità di idrati di carbonio; tra questi il meglio tollerato sarebbe l'amido di avena, in secondo luogo vengono poi altri (farina di frumento, di segala, di patate).

Febbre e morbo di Basedow. — Anche lo stato febbrile e il morbo di Basedow (se vogliamo trascurare altri casi meno frequenti) procedono, come il diabete, con un'elevazione del ricambio totale. Già dai tempi antichi è noto che i febbricitanti tollerano male l'alimentazione carnea, che si è dimostrata poco vantaggiosa anche nei basedowiani, specialmente nel periodo in cui esiste tendenza al dimagramento. Oltre a questi dati empirici, da ricerche eseguite nella Clinica dell'O., si può desumere, che in tali pazienti più forte che nei sani è l'azione specifico-dinamica delle sostanze proteiche e della carne sopratutto. In essi, come nei diabetici, i fattori che regolano la produzione delle calorie, devono manifestamente trovarsi in uno stato di elevata eccitabilità.

Malattie dello stomaco e dell'intestino. — Naturalmente qui la scelta degli alimenti assume speciale importanza. Volendo limitarsi a considerare le proteine, i grassi e gli idrati di carbonio, è da notare che spesso questi gruppi di sostanze possono essere usati in svariate forme, e che perciò l'arte del medico consiste nel consigliare la giusta scelta, l'opportuna mescolanza e l'adeguata forma di preparazione.

Rientrano in ciò dunque piuttosto quistioni di culinaria che di ricambio. Nella maggior parte dei casi inoltre la dieta va regolata più con riguardo all'individualità del paziente, che secondo leggi scientifiche, e in nessun altro campo della dietetica il risultato pratico dipende tanto, come in questo, dalla personalità del medico.

Tuttavia l'O. ricorda alcuni principî tra i più importanti. Ricorda che i grassi restano indigeriti quando i secreti del fegato e del pancreas non si versano nell'intestino, e che da ciò derivano notevoli alterazioni. È diffusa l'opinione che anche nei malati di stomaco i grassi riescono dannosi. Ma è da stabilire, come già l'O. ha sostenuto, se non si debba, oltre che alla scelta dei grassi, badare opportunamente alla preparazione dei cibi.

È meno noto il significato che hanno pel decorso dei processi digestivi i miscugli di carne e idrati di carbonio. Molti tra coloro che soffrono di costipazione, o di diarree croniche e sovente recidivanti, tollerano male queste due specie di alimenti somministrate contemporaneamente, mentre le tollerano bene separatamente. Il fatto si chiarisce alquanto, pensando che esistono batteri, capaci di dar luogo a differenti prodotti di fermentazione, a seconda che si sviluppano su un terreno di cultura contenente proteici o idrati di carbonio. Secondo l'esperienza dell'O. non sarebbe nemmeno indifferente nei casi suddetti somministrare con gli alimenti carnei monosaccaridi o disaccaridi. È anche interessante ricordare che nelle antiche leggi mosaiche si trova la proibizione di somministrare contemporaneamente cibi carnei e latte.

Una forma di malattia poco nota, ma degna di rilievo, si ha qualche volta nella costipazione cronica. I pazienti si lagnano di dolori vaganti nei più diversi distretti nervosi; l'urina contiene enorme quantità di indacano. Un esame accurato dimostra che si è in presenza di una forma di neurite, interessante solo i nervi sensitivi (*neurite elettiva*), e resistente alle ordinarie cure delle neuriti (bagni caldi, elettricità, ecc.). Essa è una forma di neurite tossica di origine enterogena, che con sorprendente rapidità guarisce, eliminando le abnormi trasformazioni intestinali. È necessario perciò scegliere opportunamente tra i diversi metodi dietetici; in qualche caso conviene proibire l'alimentazione carnea, e concedere solo latte o anche meglio *Yoghurt*. Dopo un periodo sufficiente di cura si può ritornare all'alimentazione carnea, perchè frattanto è scomparsa la flora batterica che dava le abnormi trasformazioni. Altre volte conviene seguire vie affatto diverse, sempre però tenendo presente il rapporto tra proteici e idrati di carbonio.

Malattie renali. — Dei tre gruppi principali di sostanze alimentari, solo i proteici richiedono nelle malattie renali speciale considerazione. Per la disintegrazione dei proteici nel corpo, il lavoro dei reni si aggrava; però giustamente la pratica medica già da lungo tempo dà valore alla limitazione dei proteici in tutte le forme di nefrite. Del resto le recenti e belle ricerche del Chittenden hanno provato che una dieta povera di proteine viene tollerata molto meglio e più a lungo di quello che prima si ammetteva. La necessità di risparmiare i reni richiede anche l'esclusione di tutte le sostanze estrattive e di tutte le spezie, che ne aggraverebbero il lavoro.

Relativamente nuova è però la nozione che con ciò non si è fatto tutto, e che bisogna anche tener conto del notevole lavoro che i reni compiono nell'eliminazione dei sali e dell' acqua. Quindi noi dobbiamo in numerosi casi di nefrite da un lato prescrivere una dieta povera in NaCl, dall'altro limitare l'ingestione di liquidi. Sovente è opportuno riunire i due metodi; altre volte (nelle alterazioni infiammatorie o degenerative) è più indicata la limitazione del NaCl, altre volte infine (quando dominano alterazioni dei vasi renali) più la limitazione dell'acqua.

L'O. non ha potuto entrare in dettagli clinici, ciò che sarebbe stato anche di sommo interesse. Al letto dell'ammalato non si ha da fare solo con organi malati o con alterazioni di singole funzioni, ma con individui ammalati, e l'arte del medico incomincia sopratutto là, dove occorre accordare le regole fondamentali della dietetica colle proprietà speciali dei singoli casi.

G. AMANTEA.

CHIRURGIA.

La tubercolosi del rene.

(T. ROVSING. *Annals of Surgery*, ottobre 1912).

La grandissima parte dei casi di tubercolosi del tratto uro-genitale si originano in un solo rene; e le probabilità di completa guarigione con mezzi chirurgici sono grandissime, purchè la diagnosi venga fatta a un periodo sufficientemente precoce della malattia, ossia prima che l'infenzione si sia propagata alla vescica e oltre. Purtroppo però la diagnosi viene stabilita in periodo eccessivamente tardivo, e l'A. su 200 pazienti avuti in cura, 40 volte li ha trovati in condizioni affatto disperate, e nel 63% almeno dei casi sottoposti a nefrectomia ha osservato insieme tubercolosi della vescica.

Ora quali sono le cause di ritardo od errore nella diagnosi?

In parecchi casi sono i sintomi vescicali quelli che spingono per i primi il paziente dal medico; ma in molti altri (60%) il dolore alle regioni lombari, il dimagramento, la debolezza, la torbidità delle urine, molto prima che si presentino i segni della cistite, richiamano l'attenzione del malato e spingono il medico a una diagnosi erronea, più spesso di nefrite. Allora nelle urine si trova una scarsa o media albumino-reazione e si istituisce una dannosa terapia dietetica. Ora, l'albuminuria nella tbc. renale contrariamente a quello che ganeralmente si ritiene può non riscontrarsi, o perchè si presenta in maniera intermittente, o perchè invariabilmente assente. L'A. stabilì 7 volte la diagnosi in simili circostanze; e pensa che in realtà casi del genere siano molto più frequenti, perchè il concetto della necessità dell'albuminuria nella tbc renale allontana il medico dall'idea e dalla ricerca della malattia.

L'albumina può mancare non solo in casi avanzati, con completa distruzione del rene, ma anche nelle forme iniziali; e allora altri sintomi portano l'infermo nelle mani del chirurgo, per es. l'ematuria. Così fu in tre casi dell'A.; in uno di essi l'ematuria — transitoria e intermittente — durava da cinque anni. Nelle urine non si aveva albumina e soltanto pochi leucociti; non bacilli di Koch. L'alterazione anatomica del rene asportato faceva pensare a un carcinoma o a una gomma, ma l'esame microscopico chiarì la diagnosi. Negli altri due casi di ematuria senza albuminuria si trattava invece di una forma asces-

suale e miliarica, si avevano leucociti, e in uno di essi, con tbc. vescicale, anche bacilli.

Altre volte il contenuto di pus delle urine fa diagnosticare una pielite, oppure i sintomi vescicali fanno istituire delle cure inutili e spesso dannose. L'errore è tanto più facile e nocivo in quanto spesso si ha la storia di pregresse blenorragie, e si iniziano le lavande di permanganato di potassio che aggravano in modo speciale le condizioni di una cistite tubercolare. Tutto ciò riesce ad evitarsi se si investiga più attentamente sulla causa della malattia con un esame non soltanto chimico, ma microscopico e batteriologico delle urine. La presenza dei bacilli tubercolari che si ritiene communemente difficile a constatare, e coi metodi di Küster e Wagner si avrebbe solo nel 10-20 % dei casi, è stata riscontrata nell'80.7 % col metodo Forsell, usato dall'A. Si tratta semplicemente di far depositare la massa delle urine per 24 ore in un separatore, e poi prenderne la parte inferiore e centrifugarla. Ma per un medico pratico basta la presenza di pus senza germi per giustificare un grave sospetto di tbc. renale.

Posta poi la diagnosi di tubercolosi del tratto urinario occorre definirne per quanto è possibile la sede e l'estensione; a questo vale la cistoscopia col cateterismo degli ureteri. La cistoscopia pura e semplice è sempre incerta e spesso insufficiente a lateralizzare la lesione renale. Essa potrebbe soltanto illuminarci sulla presenza o meno di alterazione degli orifici ureterici, di rigonfiamenti, tubercoli miliarici o ulcerazioni intorno all'orificio ammalato. Ma spesso avviene che la tubercolosi vescicale sia localizzata esclusivamente intorno allo sbocco dell'uretere sano; la localizzazione omolaterale si ha solo nella minoranza dei casi. Talvolta la lesione renale è bilaterale senza che vi sia interessamento della vescica; o con tubercolosi vescicale circoscritta intorno a un solo orifizio. Il più delle volte però la tubercolosi della vescica proveniente da un'affezione unilaterale del rene è diffusa a entrambe le metà dell'organo, talvolta a tutta la mucosa. La cistoscopia semplice è quindi insufficiente; ma più fallace può riuscire l'uso dei segregatori di Luy o di Chatelin, perchè è facile con essi ricavare pus e bacilli tbc. anche dall'urina del rene sano in quei casi in cui la lesione renale, unilaterale, è diffusa in vescica intorno allo sbocco dell'uretere opposto o bilateralmente. Così si pone erroneamente una diagnosi di tubercolosi renale bilaterale, e si abbandonano al caso infermi che si sarebbero salvati con una nefrectomia.

Invece il cateterismo degli ureteri è l'unico metodo incruento che ci può fornire elementi di giudizio sufficienti sulle condizioni dei due reni. L'orina così raccolta dev'essere esaminata per via chimica, microscopica e batteriologica. Contentarsi della ricerca dell'albumina — quando siano escluse piccole emorragie traumatiche — può portare a giudicare tubercolare anche un rene sano, perchè con una grave tubercolosi renale di un lato si ha albuminuria tossica anche dall'altro lato. In questo caso l'albuminuria rende anche più urgente l'asportazione del rene malato. D'altra parte è difficile distinguere un'albuminuria tossica del genere da un'albuminuria per incipiente tbc. dell'alto rene, se non si ricorre all'esame microscopico e batterioscopico, coi quali l'assenza o quasi di leucociti o l'assenza di bacilli (tanto più numerosi e tanto più facilmente rilevabili quanto più la lesione è recente) escludono l'affezione del rene. L'A. ha raccolto 13 casi di albuminuria tossica scomparsa con la nefrectomia del rene tubercoloso.

Questi fatti dimostrano come il cateterismo degli ureteri con l'esame completo delle urine separate sia il metodo più valido per l'accertamento della diagnosi e l'indicazione del trattamento. Sfortunatamente però in non pochi casi il cateterismo è impossibile per le condizioni flogistiche della vescica o degli orifici ureterici. In quest'ultimo caso un certo aiuto per l'inserzione ureterale del catetere può aversi dalla cosidetta cromocistoscopia di Voelcher (indaco-carminio), tenendo presente però che il catetere può essere chiuso da uno spasmo dell'uretere e l'urina può mancare. Per queste ragioni in circa 1/3 dei casi complicati con tubercolosi della vescica Rosving è stato costretto ad abbandonare il cateterismo degli ureteri. In tali condizioni dobbiamo abbandonare il paziente o abbiamo qualche altro mezzo per evitare che soccomba a una tubercolosi renale unilaterale? L'A. ha proposta ed eseguita fin dal 1894 l'*incisione esplorativa lombare*, nella quale sottopone entrambi i reni e gli ureteri all'ispezione e alla palpazione diretta. Se uno dei reni appare sano e sufficiente alla funzione — anche ammesso che possano esservi piccoli focolai tubercolari — egli asporta il rene malato. L'esplorazione all'aperto degli ureteri è anche importante specialmente pei casi di infezione ascendente, nei quali i reni possono essere en-

trambi sani. Con questo metodo, che l'A. ha seguito in 30 casi su 166, egli ha potuto 24 volte accertare l'unilateralità della lesione, non determinabile con altri mezzi, e portare la guarigione; in sei malati la lesione fu riconosciuta bilaterale; in un caso invece i reni furono trovati sani. Due volte fu praticata l'ureterostomia per diminuire le sofferenze e arrestare il processo di tubercolosi ascendente.

Uno di questi casi è molto interessante: si trattava di una ragazza di 26 anni che si presentò in condizioni gravi. La vescica era completamete infetta, il cateterismo impossibile; il rene destro era un po' ingrossato, il sinistro, non palpabile, presentava ai raggi un'ombra oblunga che faceva sospettare una tubercolosi calcificata. Con la incisione lombare esplorativa destra si trovò il rene all'apparenza normale, ma la pelvi distesa per la grossezza di un arancio e l'uretere della grossezza di un dito, con la parete sottile e trasparente in alto, infiltrata e spessa in basso. Messo fuori l'uretere, e fatta una stomia esterna longitudinale l'A. intromise un drenaggio fino alla pelvi, donde venne fuori urina chiara senza albumina e contenente scarsi leucociti; il drenaggio fu lasciato in posto, e nei giorni seguenti si notò che il rene sinistro non segregava affatto urina, ma solo emetteva del pus tubercolare. Dopo poche settimane fu asportato questo rene, che era trasformato in una massa calcinosa; la fistola ureterica destra fu mantenuta finchè fu guarita la cistite col trattamento al fenolo; quindi si ristabilì il passaggio dell'urina per l'uretere; e adesso il rene da sei anni funziona sufficientemente.

Fra gli altri esami da praticare sull'urina avanti la nefrectomia importante è il dosaggio dell'urea, perchè una normale secrezione dell'urea è criterio sicuro della sufficienza renale, mentre una diminuzione quantitativa dell'urina può anche essere determinata o dal riflesso reno-renale sull'organo sano o dall'influenza della malattia su tutto l'organismo. Però una scarsa secrezione di urea non dà diritto a pensare a un'affezione di entrambi i reni; in una serie di casi dell'A. la secrezione dell'urea che era diminuita raggiunse rapidamente il tasso normale dopo l'operazione. Comunque, in tali casi occorre procedere con maggiore cautela.

Le altre ricerche sulla funzione renale sono insufficienti e talvolta fallaci: così la cromocistoscopia di Achard col bleu di metilene e quella di Voelker con l'indaco-carminio, la crioscopia, e la prova florizinica.

Prognosi e trattamento. — L'antica concezione pessimistica della prognosi, e conseguente terapia passiva, si è volta in questi ultimi anni in tale ottimismo che parecchi autori ritengono si debbano trattare col metodo conservativo i casi incipienti di tubercolosi renale (dietetica, tubercolina), riservando la nefrectomia ai casi avanzati unilaterali. Questa dottrina però è erronea e dannosa: primo, perchè non si può mai discernere se il caso è incipiente o avanzato, maligno o benigno, sotto sintomi lievissimi nascondendosi spesso i casi più gravi; secondo, perchè non esistono casi guariti col metodo conservativo. E poichè le statistiche dànno il 75 % di guariti fra gli operati di nefrectomia, l'intervento è indicato appena posta la diagnosi di tubercolosi unilaterale del rene; con l'aspettativa si rischierebbe di far diffondere la malattia. Sicchè al momento attuale si può affermare che la possibilità della guarigione dipende da due elementi: 1° che il focolaio originario della tbc. urogenitale sia radicalmente rimosso. 2° che un rene sia fondamentalmente sano. Naturalmente queste due condizioni sono più difficili a verificare nella tubercolosi ascendente uro-genitale, e per questa la prognosi è quindi più grave, tantoppiù perchè la tbc. renale di questo tipo è più frequentemente bilaterale, mentre la discendente nel maggior numero dei casi è unilaterale. Se, nella forma ascendente, è preso solo l'epididimo il deferente e un solo rene vi è ogni probabilità di guarigione, anche se la vescica è contemporaneamente attaccata; questa complicazione, ritenuta grave fino a pochi anni or sono, può guarire anche spontaneamente quando sia lieve e sia asportato il focolaio originario, e se intensa può efficacemente venire curata col trattamento all'ac. fenico 6 % che l'A. ha usato in 34 pazienti.

L'A. ha eseguito la nefrectomia per tubercolosi unilaterale in 145 casi, con 7 decessi (4.8 %), mortalità che si può ritenere riducibile di molto se si pensi che i casi del Rovsing erano in gran maggioranza molto avanzati. La tecnica usata dall'A. è la seguente: proponendosi di asportare il rene come una cavità chiusa egli fa una lunga incisione lombare obbliqua; raggiunto il rene lo stacca con cura dal suo letto e da eventuali aderenze, lo esamina e lo palpa minutamente per verificare la diagnosi, poi tira fuori l'uretere con l'indice uncinato e lo lega con seta in due punti per tagliarlo col termocauterio al rosso a circa 3 cm. dal suo ingresso nella pelvi. Lo isola quindi

dai vasi nel peduncolo, che allaccia con catgut alla formalina e poi asporta il rene. Il tratto periferico dell'uretere viene fissato alla pelle a 1 cm. dal termine dell'incisione, col quale mezzo si evita la diffusione della tubercolosi al tessuto retroperitoneale che si ha quando si lascia affondato un moncone molto più breve. Se è attaccato anche l'epididimo di uno o dei due lati si asporta nella medesima o in una successiva seduta, conservando possibilmente il didimo; il deferente è trattato come l'uretere. ossia viene fissato alla pelle dello scroto, dove funziona come valvola di scarico della secrezione tubercolare che può formarsi nelle porzioni periferiche e nelle vescicole seminali. Se vi è tubercolosi della vescica, dopo avere aspettato qualche tempo per vedere se regredisce spontaneamente — controllando ogni due settimane con le cistoscopia — (in 14 casi l'A. ebbe guarigione spontanea dopo la nefrectomia) l'A. inizia il suo trattamento locale con acido fenico al 6 %: si lava prima la vescica con acqua sterilizzata e poi si iniettano 50 cm. di soluzione carbolica fresca, e vi si tiene 2-3 minuti. Si ripete il lavaggio finchè il liquido, che prima viene fuori lattiginoso diventi chiaro. Il trattamento si fa in principio a giorni alterni. L'effetto è rapidissimo e le urine cominciano subito a essere chiare e poco purulente; allora i lavaggi si diradano, e si cessano quando la cistoscopia avrà rivelato la guarigione della mucosa. In media, per una tubercolosi diffusa, bastano 6-8 settimane di cura. La guarigione della cistite con questo metodo è condizionata: 1° dall' allontanamento della sorgente d'infezione 2° dalla limitazione della tubercolosi alla sola mucosa e non al resto della parete vescicale. Solo a questi patti il metodo è del tutto raccomandabile: unico inconveniente ne è la dolorosità, che si può attenuare facendo precedere un'iniezione di cocaina o di eucaina o applicando al paziente dopo il lavaggio un suppositorio morfinato. Possono aversi rare volte fatti di intossicazione carbolica ma scompaiono rapidamente.

Come operazione palliativa Rovsing usa e raccomanda l'ureterostomia in casi di tbc. renale ascendente bilaterale, in cui la stenosi con distensione dell'uretere e della pelvi è dolorosa. Per fissare il drenaggio l'A. usa ora una piccola capsula di argento cerchiata di un anello di gomma, che da una cintura elastica addominale è tenuta aderente alla fistola ureterica; da questa capsula un piccolo tubo di argento porta le urine nel vaso.

La tubercolosi renale proveniente da focolai della prostata hanno prognosi grave, per la facile infiltrazione di urina e formazione di ascessi e di fistole nel connettivo pelvico; tuttavia anche in questi casi la chirurgia può portare risultati palliativi o curativi; se la tubercolosi della prostata ha attaccato l'uretra senza prendere la vescica l'A. pratica la cistostomia soprapubica applicandovi una Pezzer, e poi asporta la prostata col tratto di uretra ammalata; nella peggiore ipotesi la soprapubica resta un buon rimedio palliativo.

R. FOSCARINI.

OSTETRICIA.

Prime ricerche sull'applicazione della reazione di Abderhalden nel campo ostetrico.

Dopo aver ricordato tutti gli svariati tentativi di sierodiagnosi della gravidanza, con i più svariati metodi, e come nessuno di essi sia riuscito a fornire un mezzo diagnostico sicuro e costante, il dott. Decio (*Ann. Ost. Gin.*, ann. XXXV, n. 2) passa ad esaminare la nuova reazione proposta da Abderhalden. Essa si basa sul fatto che dopo l'iniezione venosa o sottocutanea di sostanze estranee all'organismo, il siero di sangue acquista la proprietà di digerire quelle sostanze, scindendole nei gruppi elementari e rendendole così utilizzabili dall'organismo, come pure è stato dimostrato che il siero può elaborare materiali costituenti normali del corpo, ma che non penetrano abitualmente nel torrente circolatorio. Fu così dimostrato che nel siero di donne gravide o puerpere di recente, esistono fermenti capaci di digerire quegli elementi placentari (albumina e peptone) che durante la gravidanza penetrano nel circolo materno.

La formazione di questi prodotti di scissione può dimostrarsi col polarimetro, deviando essi il piano della luce polarizzata, oppure con la dialisi, potendosi rendere evidenti con alcune reazioni nei dializzati. L'A. ha usato quest'ultimo metodo, che descrive.

Prepara l'albumina placentare, facendo bollire della placenta, completamente liberata dal sangue e sminuzzata, e che può essere quindi conservata in acqua sterile con sopra uno strato di toluolo.

Egli pone un grammo della placenta coagulata in un centimetro cubo e mezzo del siero da esaminare, perfettamente privo di emoglobina, in un dializzatore debitamente controllato, e il tutto in un recipiente adatto con 20 cmc. di acqua distillata. Tanto sul liquido esterno quanto all'interno del dializzatore stratifica del toluolo e mantiene in termostato a 37° per 12-16 ore.

I prodotti di scissione nel dializzato si dimostrano o con la reazione del biureto o con la Ninhydrina, proposta da Abderhalden. A 10 cmc. del dializzato si aggiungono cmc. 0.2 di soluzione di Ninhydrina al centesimo, si fa bollire per un minuto; in caso di reazione positiva il liquido si colora in violetto. Occorrono reazioni di controllo, potendo verificarsi il caso che alcune dializzabili reagiscano molto meno intensamente con la Ninhydrina.

Abderhalden esaminò circa 300 casi di gravidanza nelle varie epoche, normali o complicate, extrauterine, mole vescicolari, e la reazione non è mai fallita. Malgrado ciò Abderhalden avanza delle riserve considerando che possono esistere processi morbosi che conducano alla formazione di fermenti capaci di scindere l'albumina placentare. L'A. ha finora eseguito la reazione in 18 casi, e questa fu positiva tranne in un caso di gravidanza al 2° mese. Nei 17 casi positivi erano comprese gravidanze a varie epoche, aborti e un puerperio all'8° giorno. Non sa se riferire il caso negativo a insufficienza di tecnica, o alla possibilità, ammessa da Abderhalden, che talora l'organismo gravido non reagisca nel modo consueto.

Dalle poche esperienze dell'A. si può confermare l'esistenza nel siero gravidico di fermenti digerenti l'albumina placentare, fermenti che non si producono fuori dello stato di gravidanza. È probabile che in questo fatto risieda la causa di molte manifestazioni della gravidanza normale e patologica.

Abderhalden ammette che il siero delle gravide normali non attacchi l'albumina di altri organi oltre a quella placentare. L'A. ha esperimentato il siero gravidico con albumina epatica, ovarica, tiroidea e surrenale. I risultati furono negativi, solamente in qualche caso constatò un lieve potere digerente l'albumina del fegato di donna gravida; la reazione fu negativa per l'albumina del fegato di persona non gravida. L'albumina di fegato gravidico non fu mai digerita da siero di donne non gravide. Ciò porta ad ammettere la presenza di prodotti ovulari nel fegato gravidico. In rari casi il siero dimostrò un lievissimo potere digerente l'albumina ovarica.

Il siero fetale si mostrò sempre inattivo sulla albumina placentare.

Il concetto di Abderhalden apre nuovi e grandi orizzonti alla fisiologia e alla patologia e l'A. ha in corso ricerche di patologia ostetrica e ginecologica.

In due casi di osteomalacia il siero digerì l'albumina ovarica. Una di queste donne era gravida, l'altra no. Dopo una settimana si ripetè l'esame, che fu identico per la gravida, ma riuscì negativo per l'altra che era stata isterectomizzata 5 giorni prima e che era molto migliorata. Reazione pure negativa ebbe dal siero di una donna osteomalacica che era stata accolta gravida nella Clinica ed, isterectomizzata da 2 mesi e mezzo, era in ottima salute. Nessuno di quei sieri digerì l'albumina surrenale.

Se altre osservazioni potranno confermare quanto è stato evidente in questi tre casi l'A. avrà dimostrato che nell'osteomalacia esiste realmente una alterazione della secrezione interna ovarica.

F. BAFFONI-LUCIANI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI GENOVA.

Contributo alla clinica ed alla profilassi della parotidite epidemica

per il dott. GIANO LUIGI PETRILLI, ufficiale medico.

La parotidite epidemica se, per avere decorso clinico non grave e scarsi postumi, nella grandissima maggioranza dei casi può considerarsi una entità morbosa non temibile *quoad vitam*, assurge talora per l'ambiente in cui di preferenza si sviluppa, ad una importanza notevole, la quale in determinate circostanze può essere addirittura grandissima e capitale. Chi conosce l'organamento militare — come pure del resto chiunque si occupi d'igiene scolastica — può ben comprendere i danni che reca il numero, talora grande, di individui obbligati a desistere contemporanea mente dalle consuete mansioni. Ed è appunto impressionato da quest'ultimo fatto più che dalla entità morbosa, che io, trovandomi a prestar l'opera mia di sanitario presso il 90° reggimento fanteria mentre infieriva una epidemia parotitica, ho tentato di indirizzare l'opera mia ad attutire il grave intralcio che questa infermità porta generalmente al servizio, richiedendo essa un pronto isolamento.

Dirò subito che nell'attento esame dei colpiti e dei loro commilitoni ancora indenni, ma con essi conviventi, ho notato alcuni fatti che mi sembrano degni di menzione.

Mentre tutti gli autori da me consultati considerano i fenomeni flogistici parotidei come la manifestazione prima, specifica, a me invece parrebbe una complicanza, sia pure saliente e caratteristica, ma tutt'altro che costante e primitiva.

Le mie osservazioni, su varie centinaia di soldati, mi hanno persuaso che la infiammazione

della ghiandola parotide nell'evolversi di questa entità patologica, non rappresenta se non una evenienza non sempre inevitabile e sempre secondaria ad un'altra manifestazione, cui realmente è a riferirsi il carattere di epidemica e di contagiosa, e la quale solo perchè non ancora rilevata nella sua giusta portata, ha potuto permettere che una complicanza ad essa legata e dipendente, assurgesse a nobiltà di sindrome.

Allo stesso modo è occorso parlare di nefrite epidemica a taluno cui era sfuggita una epidemia di scarlattina, mentre la nefrite non è che una purtroppo frequente complicazione della scarlattina.

Come non si può parlare nè di nefrite, nè di bronchite epidemica, pel fatto che l'infezione scarlattinosa e, rispettivamente, la morbillosa dànno luogo sovente nel loro decorso a queste complicazioni, così non si dovrebbe parlare di *parotite epidemica* unicamente perchè l'infiammazione della parotide si accompagna sovente ad una infezione il cui agente, secondo me, ha il suo centro di origine e di svolgimento nel faringe.

Questo il concetto che della *parotite epidemica* mi feci mentre attendevo alla sua profilassi con un sistema il quale, e per i risultati che mi diede e per essere stato il movente primo delle mie osservazioni cliniche, stimo dover riferire per *summa capita*

Allorchè come ho accennato prestavo servizio al 90° fanteria, in tempo di parotiti epidemiche, mi pervenne una nota dall'Ospedale militare, nella quale, stante il gran numero di parotitici colà ricoverati, mi si faceva premura di non più inviarne se non in caso di eccezionale gravità.

Ciò posto, siccome il locale di isolamento destinato allo scopo era già pieno di colpiti, mi trovai nella necessità assoluta di mettere gli affetti da parotite con gli ammalati comuni dell'infermeria reggimentale, e d'altro canto dovetti studiare un mezzo col quale fronteggiare, sia pur rinunciando all'isolamento regolamentare dei parotitici, l'estendersi della infezione, che già mi dava il 7·8 % di colpiti.

Per due vie mi parve di poter raggiungere lo scopo: tentando cioè di ostacolare la contagiosità del malato nei riguardi di chiunque l'avvicinava ed era costretto a convivere con lui; e, contemporaneamente, cercando di mettere i non ancora infetti in condizioni tali da rendere in essi molto più difficile l'attecchimento e lo svolgersi della infezione.

E la profilassi che io adottai fu tale che mi stupì addirittura per i suoi risultati oltre ogni mia speranza, pronti e duraturi.

Mentre difatti ero prima obbligato ad isolare tutti i colpiti e pur tuttavia ogni mattina mi si presentavano alla visita medica 3-4 casi nuovi, non appena mi venne la felice idea di adottare il sistema di profilassi che ora esporrò, non solo potei trattenere senza pregiudizio di sorta i parotitici in mezzo agli altri ammalati, ma in capo di sei giorni vidi ridotto al minimo il numero dei casi, che potei curare tranquillamente nella infermeria comune, senza isolamento alcuno e dominando l'epidemia così pienamente, che neppure nelle sale della stessa infermeria reggimentale ove su 25 ricoverati ve ne erano 5 parotitici e tutti assai acuti, ebbi alcun caso nuovo.

Dirò di più: essendomi occorso di constatare l'insorgere della parotite epidemica anche in un numeroso distaccamento di soldati di stanza nel Forte San Giuliano, usando la profilassi di cui appresso, potei fare a meno di isolare i colpiti, lasciarli anzi « in branda » nelle camerate comuni, pur riuscendo anche qui a dominare completamente l'estendersi del male.

Ecco come procedevo:

Non appena mi si presentava un parotitico gli spennellavo generosamente il faringe e la mucosa boccale, massime nel solco gengivale ed in corrispondenza dell'orificio del dotto di Stenone, con tintura di iodio pura, e gli somministravo n. 6 compresse di clorato di potassio, prescrivendogli di tenerne una sempre in bocca.

Così trattato, profilatticamente parlando, il malato, lo ricoveravo insieme agli altri infermi senza menomamente pensare al suo isolamento; chè anzi, se si trattava di una forma assai leggera, lasciavo che rimanesse pure in branda nella sua camerata, non ricoverandolo neppure alla infermeria, sebbene, si comprende, non lo perdessi mai di vista.

Il suesposto trattamento lo continuavo ai miei ammalati per tutto il corso della malattia ed anche qualche giorno di più, praticando loro ogni mattina le spennellature in bocca e somministrndo le compresse di clorato.

A premunirmi inoltre sempre meglio dal propagarsi del morbo, che avrebbe potuto benissimo, al momento che ne constatavo l'esplosione in un individuo, esser già in incubazione in altri, io non appena mi si presentava un parotitico, mi facevo subito e per quattro mattine di seguito,

accompagnare alla infermeria tutti coloro che, pur essendo apparentemente sani, erano stati o stavano nella sua camerata e ad ognuno di essi, messi in fila, ripetevo l'identico trattamento che, come ho sopra esposto, facevo al malato.

Questo sistema di profilassi per la parotite epidemica, che forse non fu mai adottato da alcuno e che certamente non è in uso presso il nostro esercito, parmi assai semplice e tale che all'infuori di qualche smorfia da parte del paziente, non è capace di arrecare il benchè minimo inconveniente, a meno che non si vogliano trarre in campo i possibili casi di idiosincrasia per lo iodio e pel clorato di K, lo che a me non è mai occorso e può del resto verificarsi a proposito di qualsiasi medicamento.

Potrei ora indugiarmi ad illustrare il decorso della epidemia parotitica da me studiata, prima e dopo l'adozione del suesposto sistema di profilassi, il quale mi fu suggerito, un po' dalla necessità delle cose, un po' dalla persuasione fattami che gli agenti dalla parotite albergassero e sostassero prima che nella parotide, nella faringe e nel cavo orale, e un po' della mia fede, forse un po' esagerata, nell'azione disinfettante dello iodo.

Sono infatti convinto che qualora questi miei appunti cadano sott'occhi a persona cui possano interessare, medico militare o scolastico ch'esso sia, nessuna statistica, nessuna prova più esatta, più convincente, potrà avere di quella che gli verrà fornita dall'esperienza non davvero difficile del metodo stesso.

D'altronde, più che dilungarmi in monotone esposizioni di cifre, la cui risultante ho del resto già enunciato, mi preme passare ad esporre, sia pure nelle sue linee principali, il *concetto clinico* che attraverso le molteplici osservazioni, mentre attendevo alla profilassi della parotite epidemica, mi son formato di essa e che pare a me differisca notevolmente da quello che a tutt'oggi informa la patologia di questo capitolo di medicina.

Mentre, infatti, gli autori fanno a riguardo della infezione — certo specifica — che mette capo alla parotite, della flogosi parotidea la manifestazione prima e più saliente, mi sono invece convinto che, clinicamente parlando, non deve ritenersi la localizzazione primaria della infezione in parola, ma sibbene una complicanza, una manifestazione secondaria, assai frequente, caratteristica, ma non costante e tutt'altro che inevitabile.

Mi spiego: allorquando, per adottare le misure profilattiche suesposte, dovetti passare in esame centinaia di soldati ed esplorare ad ognuno attentamente la cavità orale ed il faringe, mi venne fatto di constatare che, mentre i colpiti da parotite esano relativamente pochi, assai numerosi erano invece coloro i quali alla ispezione presentavano il retrobocca notevolmente arrossato, di un rossore intenso, quasi vinoso, talora uniforme, esteso al faringe, ai pilastri posteriori ed anteriori ed a buona parte del palato molle.

In costoro le tonsille solamente in modo assai mite prendevano parte alla flogosi del retrobocca; erano sì un po' iperemiche anch'esse ma solo in pochi casi tumefatte, in nessuno poi presentavano stratificazioni o gavaccioli purulenti.

Lo stato generale del paziente non pareva risentire affatto di queste alterazioni locali, del resto apprezzabilissime; nè mi fu dato constatare mai ipertermie notevoli nei colpiti da questa specie di faringite, avendo solo in pochi casi, riscontrata una temperatura ascellare di 37.5-38°.

Il fatto del resto che a carico delle tonsille non si esplicano di regola in questi casi alterazioni flogistiche adeguate, pare a me spieghi a sufficienza la mancanza d'elevazioni termiche in questa forma faringea, cui certo per le considerazioni che mi accingo ad esporre, spetta assai maggior considerazione di quella che potrebbe consentirle la mitezza della sintomatologia.

La frequenza, infatti, con cui io ebbi a riscontrare questa flogosi del retrobocca, colpì al punto la mia attenzione da far domandare a me stesso se non fosse esistito un nesso fra essa faringite e la parotite che appunto in quel periodo serpeggiava fra i soldati. Per sincerarmi pertanto sulla ragione di essere delle conclusioni cui io ero giunto circa la patogenesi della parotite epidemica pensai (ed era tutto quanto potevo fare in una caserma) di tenere, e tenni in osservazione alcuni dei soldati più evidentemente colpiti dalla suddescritta faringite, prescrivendo loro (erano cinque) di presentarsi ogni mattina a me ed astenendomi io dalla consueta pennellatura e dalla somministrazione del clorato di K come viceversa facevo almeno per tre mattine di seguito con tutti i loro camerati.

Ora avvenne che in quattro dei pazienti da me presi in osservazione la faringite risolse spontaneamente senza dar luogo a complicanze e postumi di sorta.

Nel quinto invece le cose andarono diversamente. Egli infatti in capo a 4-5 giorni guari della sua faringite, ma 4 giorni dopo questa guarigione mi si presentò con una forma tipica di parotite epidemica. Il largo numero pertanto dei colpiti di faringite e la successione morbosa sia pure in un caso solo da me accertato indussero nella mia mente la convinzione che se epidemia fra i soldati affidati alle mie cure, vi era, questa era precisamente una epidemia di faringite delle quali l'esplodere simultaneo dei vari casi di parotite non doveva essere che una complicanza sia pure più grave della stessa malattia primitiva, e assai frequente, ma per niente affatto necessaria.

Data peraltro questa connessione di successioni morbose, perchè mentre la faringite colpiva il 20 % degli individui, solo nel 7.8 % si avevano manifestazioni parotitiche?

Persuaso che l'infezione primitiva fosse al faringe e che solo da questa si trasmettesse alla parotide, la mia attenzione fu necessariamente attratta allo sbocco del dotto di Stenone.

Ed invero osservai che in tutti i colpiti da parotite epidemica si presentava assai più evidente e sporgente che nei non colpiti.

Trattandosi di visite ambulatorie e specie su soldati, non potei indagare se anche l'ampiezza di tutto il dotto e la sua pervietà, ecc., fossero in questi individui più marcati del consueto, certo è che io dalle numerevoli osservazioni fatte ritenni fin d'allora per sicuro che alla propagazione dell'infezione dalla bocca alla parotide dovesse in modo notevole concorrere l' ampiezza maggiore o minore dell'orifizio boccale del dotto stenoniano ed eventualmente la maggiore o minore pervietà di questo.

Ritengo la infezione parotidea aver colla faringite suddescritta gli stessi rapporti di proporzionalità che esistono nei paesi caldi fra enterite ed ascesso epatico

L'aver pertanto stabilito che alla parotite epidemica sempre precede, ed in una percentuale assai più alta, una *faringite epidemica* e che quella viene ad essere una semplice complicanza di questa e solo si manifesta in quanto lo permettono l'ampiezza dell'orifizio e la pervietà del dotto di Stenone, se contrasta con le vedute etiologiche fino ad oggi sostenute in proposito è un fatto che saldamente mi confermò nella necessità di insistere a riguardo della profilassi di questa malattia, sull'ampia e ripetuta disinfezione della cavità orale massime in corrispondenza del faringe e dello sbocco del dotto stenoniano, là per aggredire il germe infettivo nel suo centro, qui per sbarrargli la via o quanto meno debilitarne la potenzialità.

N. B. — Questi appunti già da me compilati due anni or sono, mentre ancora mi trovavo a far parte del Corpo Sanitario dell'Ospedale Militare di Genova, solo ora han potuto, per motivi miei personali, esser resi di pubblica ragione, sebbene già fossero stati fin d'allora controllati ed autorizzati alla pubblicazione dal direttore di quel nosocomio, il colonnello medico cav. Carratù.

LEZIONI

Alterazioni costituzionali e tubercolosi.

(F. KRAUS. *Zeitsch. für Tuberkulose*, Bd. XIX, n. 5).

L'importanza delle anomalie costituzionali sia anatomiche che funzionali nella genesi, nel decorso e sul quadro clinico della tubercolosi non può essere messa in dubbio. Siccome si sa che la massima parte degl'individui hanno lesioni specifiche non è ardito il pensare che debbano esistere fattori endogeni che fanno si che per lo più il processo tubercolare non sia progressivo.

Il clinico si ha da porre a questo proposito vari problemi: esistono cioè stimmate che lasciano sospettare che l' infezione tubercolare in un determinato individuo non assuma un carattere progressivo? esistono inoltre tipi clinici della tubercolosi in cui sia evidente un fattore costituzionale? esistono condizioni tali dell' organismo che lascino propendere per un'infezione tubercolare quando d'altra parte non esistono criteri diretti per una diagnosi sicura?

I rapporti tra tubercolosi e alterazioni costituzionali sono evidentissimi soprattutto per il linfatismo e per il *morbus asthenicus*.

Per quel che si riferisce al linfatismo l'osservazione continua fatta mediante la reazione tubercolinica ha dimostrato che tra il linfatismo e la scrofulo-tubercolosi non esistono confini netti. Dal punto di vista pratico è importante il fatto che, prescindendo dalla scrofulo-tubercolosi il linfatismo è di regola limitato al primo decennio, però i suoi residui o le sue conseguenze possiamo riscontrarle fino al trentesimo anno e anche oltre, quindi la presenza dello stato linfatico anche negli adulti è oramai accertato. Inoltre dobbiamo ammettere che il linfatismo, la diatesi essudativa, lo stato timo-linfatico ed an-

che l'artritismo sono in fondo la stessa cosa considerata da diversi punti di vista ed in diversi gradi.

La possibilità di una diagnosi clinica anche del linfatismo in senso stretto anche negli adulti esiste almeno in un terzo dei casi, essa non è possibile quando il tessuto linfatico primitivamente iperplastico siasi ridotto (stadio atrofico del linfatismo); per lo più esistono anche negli adulti residui di glandole primitivamente ipertrofiche, specialmente all'ilo polmonare. Il linfatismo va spesso associato all'*habitus asthenicus*: però io credo che i due stati debbono esser separati.

L'anatomia patologica ha dimostrato che gli individui linfatici presentano una maggiore predisposizione alla tubercolosi polmonare o extrapolmonare. Nelle forme polmonari per lo più non vengono colpiti gli apici, ed il processo ha un decorso piuttosto cronico. Spesso i linfatici vanno soggetti a catarri delle prime vie respiratorie, a dolori indeterminati o a disturbi vaghi della respirazione o dell'azione cardiaca. All'esame radioscopico oltre all'ingrandimento con o senza calcificazione delle glandole linfatiche toraciche si riscontrano aderenze pleuriche e medastiniche.

In altri casi vengono colpite soprattutto le glandole del collo e del cavo ascellare: si hanno impacchi glandolari più o meno grandi, in parte caseificati mai fusi.

La febbre in tali casi è frequente e l'*exitus* si ha o per tubercolosi miliare o polisierosite tubercolare; la milza è spesso palpabile, il sangue presenta per lo più una polinucleosi o una relativa linfocitosi, la reazione tubercolinica è positiva, però la terapia tubercolinica è poco o nulla efficace.

Un altro sottogruppo è costituito dalla *lymphomatosis granulomatosa* in cui si verifica un ingrossamento di tutte le glandole e della milza, spesso anche del tessuto adenoideo delle mucose e vi hanno depositi linfatici degli organi parenchimatosi: nel sangue si constata una polinucleosi, talora eosinofilia, si ha costantemente una anemia con diminuzione del valore globulare. È notevole il fatto che in questi casi la reazione di Wassermann è più o meno intensamente positiva, però i rapporti coll'infezione sifilitica non sono chiari. La cutireazione in tali casi è per lo più negativa, perciò alcuni autori non metterebbero tale processo in rapporto con un'etiologia tubercolare; però io penso per vari argomenti che la tubercolosi sia la causa di queste forme e non in forme attenuate come alcuni ammettono.

Un altro grande gruppo delle alterazioni costituzionali che hanno rapporto colla tubercolosi è costituita dalle anomalie toraciche (torace paralitico) su cui il De Giovanni ha richiamato l'attenzione in modo speciale; in genere si tratta di longitipi che rientrano nell'*habitus asthenicus*. Più che ridurre a cifre i criteri diagnostici di tale anomalia costituzionale io credo che bisogna tenere in conto soprattutto la posizione perpendicolare del cuore (*tropfenherz*) come espressione radioscopica costante dell'*habitus asthenicus*.

La caratteristica più importante del torace paralitico consiste in un restringimento dell'apertura toracica superiore dovuta ad una alterazione dell'ossificazione della prima costola che determina un restringimento dell'apertura toracica superiore con mancanza di aereazione degli apici, ciò che spiega la speciale localizzazione dei focolai tubercolari in un grande numero di tubercolosi, ciò è confermato dalle ricerche sperimentali di Bacmeister.

L'Hart ha inoltre ammesso che la tendenza alla localizzazione apicale non solo è dovuta ad un restringimento congenito dell'apertura toracica superiore ma anche uno acquisito a scuola per una stenosi asimmetrica dell'apertura toracica superiore in seguito a scoliosi della colonna vertebrale toracica e cervicale.

L'*habitus asthenicus* è congenito, non deve considerarsi come un infantilismo, che non si tratta di una debolezza congenita di un singolo organo, ma che si tratta di alterazioni dei rapporti armonici tra alcuni sistemi anatomici dell'organismo. P. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Accademia di scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta dell'aprile 1913.

Giannelli. *Sulla topografia degli isolotti di Langerhans nel pancreas degli uccelli.* — L'O. fa notare che nel 1902 egli. con i suoi studi di contribuzione alla migliore conoscenza della struttura del pancreas negli uccelli, mise in evidenza nel *passero* una particolarità nella distribuzione degli isolotti di Langerhans nel senso che questi ritrovansi in gran numero e voluminosi nel segmento giustasplenico della ghiandola pancreatica.

In seguito ad una nota del dott. Visentini del 1908 sull'anatomia del pancreas degli uccelli, e nella quale egli afferma, in opposizione a lui, che le isole di Langerhans nel *colombo* e nel *passero*

si trovano da per tutto ed in ugual misura, l'O. ha ripreso di recente le sue ricerche, e mostra ora numerosi e nitidi preparati che stanno a dimostrare, ed a ciò molto egli tiene, l'insussistenza dell'affermazione del dott. Visentini. Tali preparati infatti pongono in evidenza, nel modo più chiaro, che nel segmento giustasplenico del pancreas di *passero*, di *colombo* (lo stesso materiale di studio del Visentini), di *tortora* o di *pollo* quelle formazioni sono *sempre molto numerose e considerevolmente voluminose* tanto da costituirne 1/3 od una metà del suo volume, mentre sono *assai più rare e rilevantemente più piccole* nel resto del pancreas.

Mostra poi l'O. alcuni preparati di segmento giustasplenico di pancreas di *tortora* compenetrantesi con il tessuto splenico, mancando nel punto di tale compenetrazione la capsula della milza.

Tiberti. *Ricerche sperimentali intorno alla vaccinazione antitifica.* — L'O. riferisce sulle ricerche da lui praticate nel suo laboratorio colla cooperazione del suo assistente dott. Zamorani intese a giudicare in via sperimentale, sui conigli, del potere immunizzante dei residui di corpi batterici, tenendo anche conto della innocuità o meno delle rispettive inoculazioni.

Esposta la tecnica, comunica i risultati, esponenti un maggior titolo batteriolitico, ed anche, un poco, agglutinante, nel siero di animali inoculati con estratto bacillare in confronto di quelli inoculati coi corpi batterici. Onde, considerando il contenuto in batteriolisine del siero di sangue come uno dei migliori indici di immunità antibatterica conseguita artificialmente da un organismo, l'O. conchiude per una più spiccata azione immunizzante degli estratti anzichè dei corpi bacillari.

Le sostanze inoculate non si palesarono innocue: chè, anzi, vi furono degli esiti letali che l'O. crede debbansi attribuire alle sostanze inoculate stesse. Ma, richiamando nozioni e problemi sui rapporti fra tossicità e potere immunizzante dei vaccini in genere, crede che pur in vista della tossicità palesatasi negli estratti di bacilli tifici, non sia da desistere dal pensare ad un loro impiego pratico; bensì debbasi ricercare che fra gli estratti bacillari non siano comprese eventualmente sostanze dotate di potere tossico e non di potere immunizzante; e di poter stabilire bene quale sia la dose di vaccino che possiede la minima azione tossica e la massima azione immunizzante.

Boschi. *La fascia addominale a calice De Giovanni.* — Premette com'egli intrattenga volentieri l'uditorio su questo apparecchio, sapendo che l'autore non ne ha mai scritto in nessuna pubblicazione, certo per una scrupolosa delicatezza che lo fa alieno da ogni apparenza di *réclame*.

L'O. considera questa fascia una applicazione pratica dei principî informativi del sistema medico del De Giovanni. Essa non ha la sua ragione di essere semplicemente su fatti meccanici; ma va più oltre: e, cioè, alle ragioni della morfologia e della individualità dei pazienti. Infatti grazie alle piccole e numerose cinghie anteriori, che ne costituiscono la più rilevante particolarità, la fascia De Giovanni può atteggiarsi, modellarsi al tipo dell'addome individuale, ed esercitarvi non una coercizione indistinta, cieca, ma un adeguato ed esatto sorreggimento che assuma la squisitezza di una disposizione a calice, che è appunto quella voluta.

Tanto più si comprende la necessità di un apparecchio così finito quando si voglia intervenire non soltanto contro delle ptosi molto grossolane, ma anche a correggere certe costituzioni ptosiche alle quali sono spesso da attribuire disturbi vaghi e altrimenti inesplicabili.

Quanto agli effetti pratici, l'O. adduce la propria esperienza ormai abbastanza lunga, invero favorevole. E, del resto, la prima e sincera attestazione della razionalità dell'apparecchio è nell'espressione di sollievo, di quella speciale euforia addominale del soggetto ptosico, fin dalla prima applicazione, espressione che può d'altra parte considerarsi una conferma diagnostica patognomonica.

Bongiovanni. *Risultati delle osservazioni meteoriche a Ferrara nell'anno* 1912.

BOSCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Esplicazione posterotoracica ed itterizia nella cisti da echinococco del fegato.

(A. FERRANNINI. *Il Tommasi*, 1912).

Una localizzazione epatica, poco frequente, della cisti da echinococco, è quella, che può dirsi posterotoracica, perchè la cisti si svolge verso il margine massiccio o postero-superiore del fegato, e quindi verso la base del torace, laddove sedi, più abituali, della cisti, sono il margine sottile o infero anteriore di quell'organo, oppure la sua superficie concava. Sulla base di una osservazione clinica, in cui la diagnosi, stabilita dall'A., venne convalidata dalla biopsia dell'operazione chirurgica (fatta dal clinico chirurgo prof. Razzaboni), vengono indicati dal professor Ferrannini della clinica medica di Camerino, un complesso di fenomeni fisici, da cui si lasciò guidare nello stabilire la diagnosi della localizzazione della cisti verso il lobo quadrato del fegato o lobo di Spigelio. I sintomi, prevalentemente fisici, consistono nei caratteri della sindrome dolorifica, nella morfologia della intumescenza alla base del torace, nelle particolarità della zona ipofonetica, nella spostabilità dei suoi limiti con le profonde respirazioni, nella presenza e nella qualità della ectopia cardiaca, nella scapolalgia, provocata dalla palpazione profonda dell'ipocondrio destro, nella presenza del fiotto transaddomino toracico, nella mancanza di una triade fisica, su cui l'A. ha attirata l'attenzione in una pubblicazione precedente (*Il Tommasi*, 1912, n. 7) sulla base di osservazioni cliniche, controllate come diagnosi dal reperto necroscopico o dallo intervento chirurgico. Quella triade concorre ad eliminare gli equivoci di alcune condizioni morbose rispetto alla diagnosi di versamento pleurico ed è rappresentata dal sintoma della ottusità sopra spondilea (da non confondersi con la ottusità paraspondilea o paravertebrale), dal così detto fenomeno del soldo, dal sintoma di Mauriac, con la quale ultima denominazione l'A. per brevità di linguaggio ha proposto d'indicare l'ascoltazione di un rumore forte e con timbro metallico sulla superficie toracica, posteriore o laterale, ritmicamente con i colpi di percussione, che l'osservatore dà col dito medio ad uncino sulla base dell'appendice ensiforme. Quando tutti questi tre sintomi mancano, si può esser sicuri che non esiste versamento pleurico. Nel caso attuale, in cui con questo versamento era possibile lo equivoco diagnostico, mancava quella triade sintomatica. Quanto all'altra osservazione clinica di cisti da echinococco del fegato, la cui esistenza venne accertata pure dallo intervento chirurgico (operatore prof. Razzaboni), la insidia nosografica contro la diagnosi di cisti venne tesa principalmente dal fatto che nella sindrome primeggiò un ittero, intenso come tinta, svoltosi nel corso di pochi giorni e con tutto l'andamento di una itterizia febbrile, tra le più acute e le più infettive. Non solamente i principali trattatisti, ma anche non pochi clinici e patologi, d'Italia e dell'estero, a bella posta interpellati dell'A., hanno affermato la spiccata rarità dell'ittero nello echinococco del fegato, tranne che per complicanza di altre malattie epatiche, come la calcolosi, la cirrosi ipertrofica biliare. Anzi, alcuni osservatori sono giunti persino ad affermare che la esistenza di un forte ittero è un argomento di fatto, capace di escludere la diagnosi di cisti. Invece, l'A., sulla base del caso illustrato, pone in evidenza che l'ittero, con decorso acutissimo, con l'associazione di una grande infezione generale, con coluria e acolia intestinale, con intensa colerragia nei giorni successivi allo svuotamento chirurgico della cisti, può osservarsi, non come complicanza, ma come evoluzione dello echinococco epatico, principalmente per irruzione brusca di idatidi figlie nelle vie biliari. A. S.

La sacrodinia nel cancro del pancreas.

La diagnosi di cancro del pancreas è difficile perchè spesso mancano i segni della malattia. Il Labbè e Gendron riferiscono un caso cui esistevano dolori in corrispondenza al sacro come sintomo della malattia. Si trattava di un masseur di 55 che era stato bene fino al dicembre 1911: a quest'epoca nel curvarsi avverti un dolore improvviso alla base del torace sinistro che persisteva nonostante l'uso di antinevralgici e di pomate; egli continuò a lavorare fino all'aprile 1912, però il dolore continuava a tormentarlo, assumendo il tipo di dolore a cintura: nell'aprile il dolore si localizzò al sacro e fu impossibile qualunque lavoro. Era continuo con esacerbazioni che alcune volte erano talmente intense che il paziente perdeva la coscienza. Nell'agosto egli fu ricoverato all'ospedale per una di queste crisi con perdita di coscienza che durò quattro giorni. Era agitato e confuso e tentava di scendere dal letto, presentava tremore, carpologia e incontinenza di urina. Ritornata la coscienza egli si lamentava

solo d'intensi dolori nella regione sacrale, che era dolente alla pressione: l'esame rettale dimostrò solo una lieve ipertrofia prostatica. Ogni movimento aumentava il dolore e si doveva ricorrere a continue iniezioni di morfina. La palpazione addominale non dimostrò nulla di anormale; si riscontrò zucchero nelle urine solo nel giorno dell'ammissione ma non dopo. La morte avvenne nell'ottobre dopo un periodo di elevazioni termiche.

All'autopsia si riscontrò una massa cancerosa della grandezza di una testa di bambino sull'ipocondrio sinistro, che occupava tutto il pancreas, ad eccezione della testa; il coledoco non era compresso. Il tumore aveva aderenze colla parte posteriore dello stomaco, colla terza e quarta porzione del duodeno, col colon trasverso e colla milza; nel fegato esistevano piccoli nodi metastatici, la colonna vertebrale non era invasa e le radici venose apparivano sane.

Questa localizzazione sacrale del dolore merita di essere ricordata: generalmente nel cancro del pancreas il dolore si avverte al di sopra dell'ombellico, altre volte è dorsale o lombare o localizzata nell'ipocondrio.

(*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 22 novembre 1912).

P. A.

Obliterazione cancerosa del canale toracico.

Il cancro del canale toracico è poco frequente, il più delle volte esso è secondario; punto di partenza sono gli organi contenuti nell'addome sovratutto utero e stomaco. La sindrome della obliterazione cancerosa del canale toracico, detta sindrome di Menetrier (Piot, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, marzo 1912) è caratterizzata dai seguenti sintomi:

1° *Edema*, che invade gli arti inferiori, le pareti addominali, l'emitorace sinistro, il braccio sinistro; l'edema s'arresta bruscamente, in maniera che completamente liberi rimangono l'emitorace destro, il braccio destro, il capo; l'edema è duro, resistente, ha andamento progressivo e discendente.

2° *Versamento pleurico sinistro*, che segue all'edema del sottocutaneo, talora è anche destro, ma sempre è più considerevole a sinistra. Meno frequente è l'ascite, poco abbondante; il carattere del versamento è quello d'ordinario del liquido citrino, talora emorragico, talora chiloso.

3° Segno costante è la tumefazione da metastasi, gangli della fossa sottoclavicolare sinistra, talora anche dei gangli ascellari.

4° I grossi tronchi venosi talora sono colpiti da flebite.

Anatomicamente le lesioni predominano a livello della parte terminale del canale toracico: la parete del canale è invasa dalle cellule cancerose; il canale si oblitera, avviene stasi linfatica, dilatazione dei dotti linfatici afferenti, quindi l'edema e la topografia anatomica di essi.

t. p.

Un nuovo segno per la diagnosi precoce del carcinoma del terzo superiore dell'esofago.

Il nuovo segno, al quale il Guarnaccia (*Arch. intern. de laryng., d'otol. et de rinol.*, luglio 1912) dà grande importanza per la diagnosi precoce del carcinoma del terzo superiore dell'esofago, consiste nella progressiva retrofissazione della lingua; la lingua non può essere protrusa per più di pochi centimetri dalla rima labiale; il fenomeno, costante nel cancro esofageo; farebbe difetto nell'ulcera pregressa dell'esofago, nell'esofagismo.

Per induzione, pensando alle alterazioni anatomo-patologiche che il cancro determina, l'A. è incline a ritenere che la periesofagite sclerosante divenuta dura e resistente fissi l'esofago agli organi vicini; indirettamente l'azione retraente si esercita anche sull'osso joide che viene spinto in dietro ed in basso. Si aggiunga l'immobilità della mucosa esofagea; quale rivela l'esofagoscopio, che impedisce alla mucosa linguale di estendersi e di muoversi liberamente: tale immobilità è in relazione con il processo canceroso che infiltra la mucosa, invade i gangli retrolinguali, trasformando i linfatici in cordoni duri e resistenti. L'insieme delle aderenze, dell'infiltrazione dei linfatici spiegano secondo l'A. l'interessante fenomeno.

t. p.

TERAPIA.

La cura dell'anchilostomiasi col timolo.

Il prof. Bozzolo Camillo rievoca nel *Pensiero Medico* del 23 febbraio 1913 la storia della cura dell'achilostomiasi mediante il timolo, dal 1879 quando egli per il primo e per la prima volta l'ha tentata in una forma di anemia dei fornaciai dovuta all'anchilostoma, prima ancora che fosse nota e da lui combattuta con questo medicamento la famosa anemia epidemica del Gottardo.

Indubbiamente al prof. Bozzolo ed alla sua scuola spetta il merito di questa scoperta, della quale si apprezza la grande importanza, solo se si consideri che, secondo la relazione della Commissione Rockfeller, gli Stati infetti costituiscono il 58 per cento degli abitanti della terra, con una popolazione infetta di 20,000,000, e che nelle re-

gioni tropicali, come scrive il Johnston, questa malattia ha impedito lo sviluppo delle razze bianche e delle razze colorate.

Il Bozzolo passa in rassegna i più importanti lavori della letteratura, a dimostrazione della efficacia di questo medicamento superiore a qualsiasi altro antielmintico, e della sua larga diffusione anche contro altre forme di parassiti intestinali (tenia, ossiuri, uncinaria, ecc.).

Si può dire che il timolo sia il rimedio specifico dell'anchilostomiasi, come la chinina lo è della malaria.

Espone i varii metodi seguiti dagli autori nella somministrazione di questo farmaco; discute gli inconvenienti ed i pericoli che al suo uso sono stati in parte attribuiti. E dice in conclusione che certamente esagerati sono i timori di tali pericoli, e dovuti quasi esclusivamente all'uso incongruo e mal destro del farmaco.

Nelle molteplici cure fatte dall'A. quando a Torino affluivano numerosi dal Gottardo gli operai affetti da questo terribile male, con 12 grammi di timolo nelle 12 ore (una cartina di 2 gr. ogni 2 ore sempre bene avvolto in ostia per evitare il bruciore insopportabile che esso produce alla bocca ed alle fauci), non ha mai osservato inconvenienti notevoli, e nemmeno ne ha notati il dott. Medoni che ha spinto la dose a 15 gr.

D'altra parte il Graziadei nel 1882, per consiglio del prof. Bozzolo, esperimentò la cura dell'anchilostomiasi con dosi 2-3-4 gr. al giorno per lungo periodo di tempo: la scarsità degli anchilostomi che venivano espulsi nelle feci e la lunga durata della cura gli fecero giudicare poco adatto questo metodo, al quale è da preferirsi quello delle dosi massive.

Somministrando in una volta grandi quantità di timolo, si ottiene la eliminazione di molte centinaia di anchilostomi in una o più scariche (*therapia sterilisans magna*).

Senza dunque esagerare il timore dei cattivi effetti collaterali del timolo, l'A. consiglia di adoperarlo in dosi più piccole e ripetute nei casi di individui deboli e cachettici, o quando non si può sorvegliare direttamente la cura (*therapia sterilisans fractionata*). Se preesisteva catarro enterico, si farà precedere la cura da dieta asciutta e preparati tannici, ecc.

Secondo il metodo originale del Bozzolo, dopo ogni bolo di due gr. di timolo, si somministra qualche cucchiaio di vino generoso o di mistura alcoolica, per facilitare la soluzione nello stomaco di una parte del farmaco, il quale, potendo arrivare già disciolto nel duodeno, sede preferita dall'anchilostoma, può spiegare su questi rapidamente la propria azione. Quasi tutti gli autori però proscrivono l'uso delle sostanze alcooliche, per evitare il pericolo di avvelenamento dovuto ad un rapido assorbimento del timolo, che si può verificare quando esso sia disciolto nello stomaco.

Il Bozzolo dichiara ragionevole questa precauzione e degna di considerazione, e dice che per essa tralasciò per qualche tempo l'uso delle sostanze alcooliche.

Riconosce però che per esso il timolo è più efficace, e che col suo metodo originale egli non ebbe a lamentare speciali inconvenienti dal loro uso.

Consiglia il metodo proposto dal Gujart: di adoperare cioè il timolo finemente polverizzato; oppure l'uso adottato dei commissari della *Porto-Rico-Anemia* di mescere intimamente la polvere di timolo con polvere di zucchero; oppure ancora di mescere il timolo finemente polverato con creta preparata: si comprende che a questo modo la polvere possa venire meglio a contatto coi parassiti anche se nascosti e protetti dalle pieghe della mucosa del duodeno. P. S.

La cura della febbre tifoide colla tintura di iodio.

La terapia della febbre tifoide per mezzo della tintura di iodio preconizzata dal Raynaud, Lafitte, Klietsch e molti altri medici è stata recentemente adoperata su larga scala dall'Arnozan e Carles, che nel *Journ. de Méd. de Bordeaux* ne riferiscono i risultati. Gli AA. fanno osservare che tale terapia è razionale, giacchè, mentre da una parte si sa che uno dei meccanismi di difesa dell'organismo nei processi infettivi è la leucocitosi e che nel tifo esiste una leucopenia, d'altra parte si sa che lo iodio provoca una spiccata leucocitosi con mononucleosi. Il Raynaud prescrive lo iodio per bocca nella seguente formula:

Tintura di iodio XX-XXV goccie.
Ioduro di potassio cgm. uno.
Acqua 150 grammi.

Da prendersi nelle 24 ore.

Il Lafitte dà invece ai suoi malati acqua iodata e fa loro iniezioni di glicerina iodo-iodurata. Il Cavazzani adopera invece la formula del Raynaud alquanto modificata. In seguito a tale trattamento la lingua perde la patina, la diarrea si arresta e la temperatura si abbassa.

Arnozan e Carles dànno ai loro malati acqua iodata secondo la formula di Raynaud a XV-XXV goccie di tintura di iodio ogni giorno in vino chinato o nel latte. Pur ammettendo una azione favorevole della somministrazione dello iodio sul decorso della febbre tifoide, i suddetti autori riconoscono che tale metodo non riesce ad impedire le complicazioni del tifo od anche la morte; però colla somministrazione dello iodio non si debbono trascurare le regole terapeutiche abituali, quali i bagni e le iniezioni sottocutanee di stricnina ed olio canforato. P. A.

Cura del siero di cavallo.

Morel-Lavellée (seduta del 9 marzo 1913 della Società medica di Parigi) impiega il siero di cavallo normale riscaldato, nella cura di diverse malattie. Sembra che questo siero, preparato secondo il metodo Carnot, sia non soltanto uno stimolante osteo-midollare, ma anche uno stimolante generale. Il siero di cavallo è dato per via boccale o rettale, e la cura completa consta di sei fiale, da consumarsi in nove giorni circa.

L'efficacia di questa cura sarebbe dimostrata nella tubercolosi ossea, la quale è benignamente influenzata dal rimedio, al punto da migliorarne grandemente i sintomi. D'O.

Il nitrato d'argento in dermatologia.

Nel *Morgagni* del 17 marzo 1913 il dott. Sabella esamina la grande importanza terapeutica del nitrato d'argento in dermatologia, e ne studia il meccanismo d'azione.

Il nitrato d'argento agisce come antisettico, caustico, cheratoplastico, modificatore dei tessuti, antipruriginoso, e come protettore degli stati sottostanti della cute combinandosi in superficie coi cloruri e le albumine dei tessuti.

Essendo molteplici le sue proprietà terapeutiche, molteplici sono pure le sue applicazioni nelle malattie cutanee. Di grande efficacia è nelle forme settiche della pelle, ed innocuo agli epiteli, ai tessuti sottostanti, all'organismo. È molto utile in gran parte delle forme di eczema, nel prurito anale, nel lichen, ecc. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(107) Il dott. G. R. da Nocera Umbra (Perugia) scrive:

« Pregola sollecitare la Direzione a farci illustrare in tempo i vari *stabilimenti idrologici* d'Italia.

Dove dobbiamo mandare i nostri malati quest'estate?

I giornali esteri non hanno paura di simile pubblicazione ».

Ha pienamente ragione nell'affermare che all'estero molti giornali medici fanno della pubblicità agli stabilimenti idrologici.

Per fortuna di questi giornali ce ne sono anche in Italia.

Il « Policlinico » però sotto nessuna forma si presta a tale *réclame*, anche quando è costretto a riconoscere che per qualche lato alcune notizie tornerebbero utili.

Il *desideratum* da Lei espresso non può dunque essere accolto da questa Redazione.

Del resto, provvedono direttamente gl'industriali, ciascuno per suo conto, a far conoscere i propri stabilimenti *a. v.*

(108) *Sulla cura dei foruncoli e degli ascessi.* — Mi permetto incomodarla nuovamente, per pregarla di farmi conoscere se crede pratica ed efficace la cura dei foruncoli e degli ascessi per mezzo delle ventose, senza ricorrere all'incisione. Questa cura è accettata generalmente, oppure trattasi di semplice tentativo?

Mi scusi del fastidio e si abbia tanti ringraziamenti.

Dott. FILIPPO ZAPPIA.

Riteniamo pratico e, non di rado, radicalmente efficace il metodo di cura, di cui il collega ci chiede notizia, per quanto riguarda i foruncoli, e ciò sopra tutto per il concetto che l'evoluzione di questa delicata affezione chirurgica dovrebbe essere rispettata nella maggior parte dei casi, sia per ragioni di opportunità e di estetica riguardanti la regione malata, sia allo scopo di evitare eventualmente peggiori guai.

L'applicazione delle ventose alla Bier, e l'uso di ogni altro metodo che tenda ad affrettare il processo morboso e la sua naturale risoluzione, può essere in linea generale preferito al mezzo violento della incisione. Ciò certo andrà fatto come *tentativo di cura*, perchè poi non bisognerà dimenticarsi che l'incisione potrà sempre costituire il mezzo sicuro e definitivo, se non indispensabile.

Salvo condizioni speciali di superficialità, delimitazione netta, e dimensioni non molto estese, non crediamo si possa dire altrettanto per gli ascessi caldi. P. S.

(109) *Forme pseudo-epilettiche da elmintiasi.* — Si compiaccia, riscontrandomi nella indovinata rubrica la « Posta degli abbonati », indicarmi se e quali autori si sieno occupati delle forme *pseudo-epilettiche* da elmintiasi, interessandomi ciò per illustrare alcuni casi occorsimi davvero eclatanti.

Dott. V. d. D.

I trattati si limitano, in genere, a menzionare le convulsioni epilettiformi tra le varie manifestazioni nervose cui può dar luogo l'elmintiasi (Grancher e Comby, Hutinel, D'Espine e Picot, Leyden e Klemperer, Heubner, Henoch, Filatow, Oppenheim). Concetti nel suo Resoconto clinico-scolastico degli anni 1888-1900 (Roma 1901, tipografia Centenari) ne parla un po' più diffusamente. Malagodi ha pubblicato un caso di epi-

lessia in un bambino affetto da ascaridiasi (« Riv. di Clin. ped. », giugno 1904), e un altro caso ha illustrato Stern (« Rev. méd. de l'Est », 1909. p. 489; riferita brevemente in « Rev. neurol. », 1910, I, p. 440). Non molto a lungo ne parla il Vires nella sua relazione sulle epilessie all'XI Congresso francese di Medicina (« Rev. neurol. », 1911, vol. I, p. 684).

V. F.

(110) *Antisepsi intestinale nella pratica infantile.* — Ad un bambino robusto, affetto da febbri intestinali, amministrando per clistere con la pera 100 gm. di una soluzione così composta:

Resorcina . . . . . . Gm. 2.50
Timolo . . . . » 1
Acqua . . . . » 1000

si possono avere disturbi gravi? Fino a quale dose si potrebbe arrivare nella somministrazione di detta soluzione disinfettante?

Negli adulti ho esperimentato vantaggiosa e senza il minimo disturbo l'enteroclisi di 2 e 3 litri *pro die* di soluzione di resorcina 1 per mille.

Potrebbe indicarmi qualche trattato moderno che parlasse dell'uso della resorcina?

Dott. T. D. G.

Crediamo che la dose di resorcina sia elevata per un bambino. L'assorbimento a traverso il retto può avvenire rapidissimamente e si potrebbero verificare incidenti spiacevoli. D'altra parte l'azione terapeutica di un clistere di 100 grammi in una tossi-infezione intestinale ci sembra per lo meno molto dubbia; quindi sconsiglieremmo l'uso della resorcina.

Può consultare i trattati di farmacologia (recensiti nella rubrica « Cenni bibliografici » di questo giornale).

M. F.

(111). *Contro le pulci.* — La mia domanda farà certamente sorridere... Ebbene, si rida pure, ma mi si ascolti!

Noi medici — specialmente di campagna — andiamo raccogliendo nelle nostre visite una quantità innumerevole di... pulci.

Desiderei conoscere un mezzo sicuro ed infallibile per premunirsi contro questo insetto fastidioso e forse anche pericoloso.

Sant'Ippolito (Pesaro). V. P.

Metta della polvere insetticida nelle calze. Porti le ghette, per chiudere l'apertura inferiore dei calzoni. Induca gli abitanti del luogo a tenere puliti gli alloggi, sovratutto i pianciti, ove annidano e si sviluppano le minutissime larve delle pulci, che si alimentano di residui organici svariati.

R. B.

VARIA

Guglielmo Winternitz. — Una donna gentile, la signora Lidia Winternitz, con uno di quegli atti che rivelano tutta un'anima, tutta una bontà, ha ristampato per proprio conto sul finire dello scorso anno il classico libro « *Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage* », il libro che aveva dato fin dal 1877 l'assoluta cittadinanza scientifica all'idroterapia e che costituisce un titolo di gloria per Guglielmo Winternitz. L'edizione di quel volume, completamente esaurita, non poteva più trovarsi che nelle biblioteche e la donna intelligente, che ha saputo circondare di gioie intime e serene la vita operosa del nostro maestro, volle che il libro rivivesse un'altra volta e lo ristampò nell'integrità della sua prima edizione, colla semplice dedica: *Meinem Mann — Lydie Winternitz — Weihnachten* — 1912.

Il prof. Gustavo Gaertner, che ha presentato la pubblicazione con poche righe di prefazione, proclama quel volume un monumento, e tale è per unanime consenso e come tale sarà sempre ricordato. Il libro si ripresenta quale venne concepito e quale venne stampato nel 1877, senza aggiunte, senza modificazioni, senza delucidazioni. Trentasei anni di vita non l'hanno sostanzialmente colpito; il libro è tuttora vivo, tuttora vitale e sempre degno d'essere studiato e consultato. Il tempo ha certamente ed inevitabilmente portato a quella classica trattazione qualche modificazione, l'ha completata, ha spiegato il perchè di certi problemi allora appena intuiti, ha dato uno svolgimento maggiore a certe parti, qualche novità di ricerche ha aggiunto, ma nulla, assolutamente nulla, ha tolto dell'armonia, dell'equilibrio, dell'essenza, dell'idea concreta che hanno ispirato quel libro, nulla ha mutato quell'indirizzo sicuro e nitido appoggiato alla scienza. L'opera vive tuttora, ed in certe sue parti è sempre giovane, sempre fresca come un vero acquisito. Il modo di agire degli stimoli termici sulla cute, il movimento sanguigno provocato da questi stimoli, le modificazioni termiche, lo studio sulla produzione e la regolazione del calorico, le prime linee sullo studio del ricambio, sono pagine tuttora vitabilissime e che portano l'impronta geniale dello studioso che medita e prova, che non solo apre un vasto orizzonte di speculazioni per l'interpretazione del fenomeno, ma questo analizza e sviscera con metodo e ricerche, con apparecchi e dispositivi che sa creare ed applicare. Ed in tutto quel complesso ricco di nozioni strettamente scientifiche, e che, nel tempo nel quale il libro che le conteneva venne pubblicato, costituivano una novità preziosissima, alita uno spirito pratico, un senso di misura e di opportunità ammi-

rabili. Winternitz non ha preconcetti, egli si lascia guidare esclusivamente dal risultato dell'esperimento, rigorosamente, scrupolosamente controllato e preciso: ha fatto suo il motto che illustrava l'Accademia fiorentina del Cimento: *Provando e riprovando*, e segue questa diritta e sicura via. Io ricordo sempre un dono prezioso avuto dal venerato Maestro, il suo ritratto, sotto al quale in lingua italiana egli scriveva: *avanti con coraggio sopra il fondamento solido.* E quella frase è stata ed è il programma di tutta la sua vita. E questo solido fondamento egli l'ha posato per l'idroterapia, fermo, sicuro, incrollabile, in quel suo libro, che oggi rivede un'altra volta la luce per l'opera gentile e delicata d'una donna. Questo fondamento ha resistito al tempo e resiste tuttora in questi rapidi e quasi improvvisi svolgimenti di idee e di teorie.

Winternitz ha resa l'idroterapia una conquista scientifica e terapeutica, che altri avrà contribuito a svolgere, a far frondeggiare con maggior lusso di fogliame. Ma le radici che dànno alimento a quella pianta sono state da lui infisse nel terreno.

La lettura di quel libro, che si scorre collo stesso intimo piacere col quale si scorre una raccolta di memorie gradite, ci ridà una gioventù coi suoi entusiasmi e colle energie d'un giorno. Rileggendo quelle pagine noi sentiamo di non poter disperare delle sorti della specialità nostra. E quando un dubbio ci assale, quando vediamo combattuta tutta la nostra scuola collo scettico grido della suggestione, quando vediamo derisi i nostri sforzi da chi non ci segue e non ci studia, e sentiamo quasi uno spasimo al cuore per un'indifferenza che non meritiamo e per un ostracismo che ci insulta, allora, ricordando il lavoro, l'opera e la vita di Guglielmo Winternitz, sentiamo in lui e per lui nuove energie, nuovi impeti, nuovi desiderî e più intenso bisogno di lavoro e di lotta, e speriamo... speriamo con impulsi fatti potenti nell'avvenire. Lidia Winternitz ha data, con questa bella ristampa del libro, al compagno eletto della sua esistenza, una prova squisita di delicatezza di sentire, ma ha dato anche a noi, che amiamo il Maestro per il suo valore e per la sua bontà, una grande ed un'intima soddisfazione, quella di averci fatto rivivere un'altra volta nel pensiero dell'uomo insigne, d'averci fatto palpitare un'altra volta alle sue gesta gloriose.

Ed un inno di riconoscenza viva ed alta salga alla donna gentile ed al maestro venerato!

Dott. G. S. VINAJ.

(Da *L'Idrologia, la Climatologia e la terapia fisica*, gennaio 1913).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

E. RICCA BARBERIS. **Studi ematologici.** Unione Tipografico Editrice Torinese, 1912. L. 20.

È un pregevole studio, ricco di contributi personali e di bibliografia, testimone di paziente e lungo lavoro.

« Il sangue nel periodo catameniale della donna » a me sembra il capitolo trattato in modo più originale sopratutto per le conclusioni di indole varia che l'A. ricava dai suoi risultati, e che trasportano la considerazione del flusso mestruale dal minuscolo concetto di una piccola emorragia di 200 gr. ad un fenomeno fisiologico della più alta importanza.

Negli altri capitoli « sui criteri di composizione fisiologica e di modificazione di composizione del sangue », « sulla basofilia degli eritrociti », « sulla degenerazione e resistenza di corpuscoli rossi », « sul valore globulare », « sulla reazione leucocitaria », « sulla patogenesi della clorosi », oltre al contributo personale, che dimostra nell'A. uno studioso appassionato di ematologia, è una ricchezza di citazioni assai utile a chi voglia portare l'indagine su tali questioni, che ancora sono fertili di utili insegnamenti per la clinica e per la biologia.

La veste tipografica è nitida, le tavole riassuntive sono assai dimostrative. *i. p.*

H. GOUGEROT. **La Syphilis expérimentale dans ses rapports avec la clinique.** 1 op. Paris, Masson et C., éditeurs, 1913. Fr. 1,50.

La clinica ha trovato interessanti e variate applicazioni nella scoperta della sifilide sperimentale. Questa monografia sarà dunque apprezzata dai medici.

Il dott. Gougerot vi esamina il problema del contagio e il decorso dell'infezione luetica; e dopo aver studiata l'immunità contro la lue, gli elementi che la costituiscono, ossia gli anticorpi, gli antigeni, la reazione dei tessuti nei diversi periodi, affronta il problema della terapia curativa, preventiva e abortiva, in particolare il trattamento mercuriale ed arseno-benzolico ed il trattamento locale dei sifilodermi e termina con l'esposizione della sieroterapia. I. T.

W. WECHSELMANN. **Ueber die Pathogenese der Salvarsantodesfälle.** Pag. 84 con 1 fig. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913. M. 4.

Il prof. Wechselmann si è proposto di assodare l'etiologia e chiarire la patogenesi delle morti da salvarsan, per trarne degli insegnamenti definiti sui mezzi atti ad evitarle.

Passa in esame centinaia di casi e giunge a conclusioni rigorose, concernenti la tecnica, il dosaggio, la necessità di sorvegliare la diuresi, la temperatura e lo stato generale, i pericoli che derivano dalla cura salvarsanica associata alla cura mercuriale intensiva, ecc.

Queste norme varranno a far scomparire i casi letali, che sono già venuti sempre più diradandosi, al punto che ormai sono già rare eccezioni.

I. T.

Prof. C. ORTALI. **Le forme fruste del morbo di Basedow.** Volume di pag. 282. Roma 1912, presso l'Agenzia del Policlinico, via Capo le Case 18. Lire 4.

Questa monografia si propone il duplice fine, di spianare la via alle difficoltà diagnostiche che spesso presentano le forme fruste basedowiane e di chiarire varie questioni che ne rendono ancora oscura la patogenesi.

Regna discordanza fra i patologi intorno ai criteri che presiedono alla diagnosi del morbo di Basedow frusto, onde l'A. si studia di definire esattamente i limiti del concetto nosologico della malattia, concludendo essere condizione necessaria per la diagnosi che nei frammenti del quadro morboso, i quali si rivelano all'esame obbiettivo, sia ancora possibile riconoscere la fisonomia della forma classica della malattia.

Trattando della patogenesi, l'A. riassume, oltre alle antiche teorie, quelle recenti, cioè la teoria bulbo-protuberanziale, le teorie del simpatico e della neurosi; soffermandosi poi specialmente sul concetto dell'auto-intossicazione. Rileva la differenza che intercorre fra ipertiroidismo e basedowismo.

Dimostra quindi come la teoria tiroidea è insufficiente a spiegare il morbo di Basedow sia tipico sia frusto.

Uniformandosi alla moderna teoria delle sindromi poliglandulari, il prof. Ortali mette in evidenza i momenti patogenetici che impediscono al processo morboso di evolvere con tutto il corteo delle sue manifestazioni caratteristiche, dando luogo alle così dette « forme fruste ».

L'autore convalida le sue indagini col sussidio di numerose osservazioni personali. A. S.

Il fascicolo di maggio 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Dott. Giovanni Antonelli** - Intorno agli itteri emolitici.

II. **Dott. Antonio Gasbarrini** - Ricerche sul noma.

III. **Dott. Pietro Sabella** - Due casi di « granuloma ulceroso della pudente » guarito col neo-salvarsan a Tripoli.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PIRONE R. Le corpuscules de Negri dans la rage St. Petersbourg, 1912.

GIORGIS M. L'intradermoreazione nella blenorragia. — Milano, 1912.

TROSSARELLO M. Il 606 per via rettale nella cura della sifilide. Milano, 1912.

LUCANGELI G. L. Un caso di isteria maschile. — Cogoleto, 1912.

MORI ANTONIO. Delle pleuriti traumatiche da contusione semplice, a torace integro, e del loro valore medico-legale in rapporto alla legge degli infortuni sul lavoro. — Firenze, 1912.

RABAJOLI C. R. Contributo alla cura delle malattie cardiache. — Milano. 1913.

SARDI A. L'alimentazione rettale nelle malattie dello stomaco. — Milano, 1913.

LUCANGELI G. L. Contributo clinico ed istopatologico allo studio dei disturbi nervosi e mentali in uremici. — Siena, 1912.

TEALDI M. Prontuario farmacologico. Avvelenamenti e soccorsi d'urgenza. — Bra, 1912.

BAECCHI B. Sulla genesi della reazione del Barberio. — Parma, 1912.

TROSSARELLO M. Il 606 per via rettale nella cura della sifilide. — Milano 1912.

GIORGIS M. L'intradermoreazione nella blerorragia. — Milano, 1912.

ROMANO G. L'epitelioma primitivo dell'uretra maschile. — Napoli, 1912.

ALFIERI E. Taglio cesareo extraperitoneale col metodo di Latzko in donna nana per condrodistrofia. — Firenze 1912.

CAMPANI A. Il solfato di rame nella cura delle osteoperiostiti purulente. — Milano 1912.

BRUCHI. Contributo clinico alle ferite penetranti dell'addome. — Milano, 1912.

GIUDICE A. Sulla permanenza dei microrganismi nella vescica normale. Genova, 1912.

LOMBARDI A. Il salasso in un caso di avvelenamento da ossido di carbonio per combustione incompleta di carboni per tentato suicidio. — Napoli, 1912.

COZZOLINO O. Sacchetti-poppatoio e anelli di gomma e di osso poppatoi cosidetti dentaroli. — Recanati, 1912.

LERDA G. Die Handfräse zur Vereinfachung der Schädelresection. — Berlin, 1912.

GATTI GEROLAMO. Rendiconto statistico del reparto chirurgico dell'Ospedale di Suzzara dal 1° luglio 1901 al 31 ottobre 1909. — Siena, 1912.

ABBA F. Sulla necessità della vaccinazione (Conferenza). — Biella, 1912.

DORI L. Il 606 nelle affezioni oculari. — Pavia, 1912.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'opera della Croce Rossa Italiana nella guerra di Libia.

Nell'assemblea generale dei soci della Croce Rossa Italiana tenutasi in Roma il 24 maggio, il nuovo presidente dell'Associazione conte Gian Giacomo della Somaglia presentò una relazione sull'opera della Croce Rossa nella guerra di Libia, nella quale, ammettendo che l'opera stessa dimostrò incertezze e inconvenienti di varia natura, dichiarò che il Consiglio direttivo avrebbe ben volentieri accolti e studiati i rapporti delle persone competenti che avevano preso parte ai diversi servizi e le relative proposte di riforme.

La serietà dell'uomo non lascia dubbio sulla serietà di questa dichiarazione, e l'uno e l'altra fanno sperare che la Croce Rossa Italiana si avvii verso un migliore avvenire.

Ben fu detto nell'assemblea generale dal senatore Cadolini, la cui veneranda e bianca figura ricordava ai giovani gli ardimenti e le virtù di una generazione oramai tramontata: dopo quarant'anni dacchè il tempio di Giano era chiuso in Italia, la guerra di Libia ha portato la Croce Rossa sul campo del suo primo cimento, perchè i servizi per il terremoto calabro-siculo e per il colera, non erano servizi militari, e ai tempi della campagna nella colonia Eritrea la Croce Rossa Italiana era appena uscita di minore età. L'Associazione non aveva perciò tradizioni, mancava di esperienza sul terreno pratico, e la sua attività in Libia può considerarsi quasi come una prova generale.

Le critiche perciò delle persone competenti, ricavate dalla diretta visione delle cose sui luoghi, debbono essere improntate alla più grande serenità, e con la stessa serenità debbono essere vagliate da chi ha facoltà di provvedere; esse debbono essere esclusivamente dirette ad un miglioramento dell'avvenire e non ad una recriminazione del passato.

Io credo che queste critiche possano ricevere maggior forza ed autorità da un dibattito pubblico, e ritengo che un giornale medico professionale sia un terreno adatto per dare a questo dibattito quella efficacia, ed anche quella compostezza, che è necessaria per una questione di interesse nazionale.

La classe medica, infatti, è la vera competente ed è la più grande interessata, per dire la sua parola sull'organizzazione della Croce Rossa; la parte più giovane e più fattiva di essa è inscritta nei suoi quadri per volontà propria e non per imposizione di legge; la Croce Rossa ha già esteso la sua attività e maggiormente la estenderà in avvenire al tempo di pace; ad essa sono rivolte le speranze della nazione nei momenti più gravi della vita del paese, cioè nelle grandi calamità; tutta la sua azione pertanto è collegata con anelli di saldatura indissolubile alla vita professionale della classe medica e specialmente della classe medica giovane. Questa non s'è accorta dei danni che le derivarono dall'essersi tenuta in seconda linea nell'organizzazione di una grande Associazione nazionale fondata principalmente sull'opera sua; ora deve rifarsi del tempo e delle occasioni perdute e deve domandare di essere chiamata a cooperare alla riorganizzazione di un ente alla cui vitalità è tanto interessata.

Io mi auguro che il dibattito si diffonda e ad esso ciascuno che sappia e che voglia porti validamente ed onestamente il suo contributo di idee.

Per conto mio io ritengo che il punto su cui la classe medica dovrà fissare la discussione per un'azione di riforma sia questo: come tutti i servizi tecnici debbono essere diretti da tecnici, così i servizi medici della Croce Rossa debbono essere sotto la completa direzione e la responsabilità di medici.

Mi sono prefisso di occuparmi soltanto delle cose e non delle persone, e perciò non mancherò a questo proposito con portare degli esempi nella dimostrazione del mio assunto: mi limiterò ad affermare quanto è stato rilevato da tutti i medici che hanno prestato servizio con la Croce Rossa per il terremoto e per la guerra della Tripolitania, cioè che la maggior parte degli inconvenienti verificatisi in grado minore o maggiore nelle due suddette occasioni dipese dalla incompetenza tecnica di persone, degnissime in altri campi dell'attività umana, che furono preposte a servizi pei quali occorrevano una conoscenza ed un'esperienza che ad esse facevano completamente difetto.

E come i medici non si adonterebbero di essere dichiarati da un'accolta di ingegneri ed architetti inadatti a dirigere la costruzione di un muro o di una linea ferroviaria, così gli attuarî, i contabili e coloro che per condizione sociale ed economica possono esimersi dall'esercitare alcuna professione, non debbono formalizzarsi se la classe medica non li ritiene idonei a dirigere servizi ospitalieri o di ambulanza, sia in tempo di pace, sia precipuamente sul campo di battaglia, dove il soccorso agli esseri umani che soffrono non può rappresentare una funzione di dilettanti.

In un giornale scritto e letto da medici non farebbe mestieri di aggiungere altro; ma noi desideriamo che ciò che diciamo esca dalla nostra cerchia, e perciò vogliamo richiamare alla memoria nostra ed altrui la esperienza fatta da coloro per i quali l'assistenza del soldato ferito e malato non è officio momentaneo ed eventuale, ma è la missione di tutta la vita professionale, cioè dai medici militari.

Noi siamo troppo giovani per conoscere di scienza propria che cosa fosse cinquant'anni addietro il servizio sanitario delle milizie e lo sappiamo soltanto per la descrizione ed i racconti dei vecchi medici militari.

Orbene, fino alla radicale trasformazione del servizio sanitario militare compiuta poco dopo il 1870, salvo errore, dal ministro generale Ricotti, l'elemento amministrativo aveva un'ingerenza diretta nel servizio stesso: basti ricordare che gli ospedali militari dell'esercito e della real marina erano comandati da ufficiali delle armi combattenti scelti fra i meno idonei al servizio attivo, al pari di quello che avveniva nell'esercito napoletano nel quale gli ufficiali direttori (non medici) degli ospedali militari e di marina formavano un ruolo a parte, quasi una sezione del corpo dei veterani. Le unità sanitarie mobili erano comandate da ufficiali del treno. Gli inconvenienti di tale sistema erano gravi e palesi anche in que' tempi oramai lontani. Io conservo memoria di aver letto un discorso parlamentare del deputato Giudici, che fu un valente medico militare, il quale riferiva alla Camera trentacinque o quarant'anni fa tutta una serie di tristi episodi di cui egli era stato testimone nella campagna del 1866, quando dopo Custoza parecchie colonne di feriti non potettero essere evacuate, come richiedevano i medici militari addettivi, perchè l'ufficiale del treno che ne aveva il comando non aveva ricevuto ordine da non so quale autorità militare a lui superiore e non sapeva rendersi conto delle necessità tecniche che i medici gli esponevano concitatamente. In un campo meno tragico, i vecchi medici militari ci hanno spesso narrato gli allegri incidenti provocati da questi direttori di ospedale reclutati fra i vecchi ufficiali dei corpi invalidi e veterani, che potrebbero essere messi in fascio con gli aneddoti sui colonnelli *ancien régime* che allietano i lettori delle novelle militaresche del capitano Olivieri di San Giacomo.

I corpi sanitari dell'esercito e della marina dopo aspre lotte con il vecchio elemento militare tradizionalista e misoneista (fortunatamente sparito in gran parte anche lui) giunsero ad emanciparsi completamente da questa soggezione, che da quasi mezzo secolo è scomparsa, ed è citata soltanto come un fatto storico. Non è inutile il ricordare che la elevazione morale e scientifica dei corpi sanitari militari è cominciata contemporaneamente alla riforma che li ha resi organismi autonomi e responsabili, parificandoli agli altri corpi dell'esercito e della marina, e che tutte le presenti polemiche per gli ulteriori miglioramenti dei corpi sanitari tendono alla emancipazione sempre maggiore nei riguardi delle loro speciali competenze tecniche.

Questa rinascenza della medicina militare ha perfetto riscontro nella rinascenza della medicina ospitaliera civile del nostro paese, che è pervenuta alla attuale perfezione, specialmente nelle grandi città italiane, dal giorno in cui all'elemento tecnico fu affidata tutta la gestione tecnica degli ospedali.; e qualunque tentativo successivo di invadenza dell'elemento amministrativo nelle attribuzioni tecniche è stato costantemente accompagnato da un peggioramento nella gestione sanitaria, con discapito dei malati e della salute pubblica; gli esempi sono troppo vicini a noi, per tempo e per luogo, perchè vi sia bisogno di ricordarli.

Appartengono oramai ai tempi preistorici (e non ritorneranno più) le amministrazioni di curiali e di mercanti di campagna (ed anche di canonici) che si trovarono ad avere in mano il mèstolo nei nostri ospedali all'epoca della grande rivoluzione listeriana e pasteuriana, e con le quali dovettero purtroppo fare i conti

i medici che intuirono di trovarsi dinanzi ai bagliori di una nuova aurora di loro scienza.

Ora, se l'elemento tecnico ha conquistato il posto che gli compete nella assistenza ospitaliera civile e nel servizio sanitario ordinario delle milizie di terra e di mare, è mai possibile supporre che possa continuare ad essere altrimenti per un servizio sanitario straordinario, il quale rappresenta uno slancio sublime di carità e di amore della intera nazione verso i soldati che soffrono per la grandezza della patria?

Questo speciale servizio, difficile e delicato, compiuto in condizioni tanto ardue da tenere molte volte sospesi e indecisi gli animi di uomini che hanno fatto i capelli bianchi fra i malati e le malattie, non può essere diretto da chi non ha nessuna cognizione tecnica in materia di assistenza sanitaria, e per questa sua condizione non ha neppure la coscienza della necessità della cognizione tecnica.

Io vorrei che tutti i non medici che discuteranno di questo argomento senza spirito di passione si convincessero che la classe medica italiana non è ispirata da sentimenti aprioristici nè da speranze di giovamenti personali quando formula nettamente questo suo voto: *i servizi medici debbono essere sempre sotto la effettiva direzione e l'intiera responsabilità di medici.* Specialmente in Italia, il medico è abituato a non agognare nè a gradi, nè ad onori: anche questa volta egli non domanda che *un aumento della sua responsabilità effettiva* con un sistema che lo metta in grado di esercitare veramente il suo ufficio secondo la sua scienza e la sua coscienza e sottoponga il giudizio della sua opera alla coscienza ed alla scienza di un altro medico che sia capace di giudicarne. Nella pratica delle sue funzioni egli non pretende che l'ufficiale amministrativo sia un suo subordinato, ma esige che l'opera dell'ufficiale amministrativo sia sempre e nettamente separata dalla sua, e che si ricordi che il fine unico della Croce Rossa è l'assistenza del soldato ferito o malato, cioè una missione di assoluta competenza medica, e che non è concepibile che chi manca di questa competenza possa mai e comunque inframettersi fra il malato che soffre ed il medico che sa soccorrerlo.

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Contro le specialità medicinali di dubbia efficacia. — Il Consiglio direttivo dell'Associazione medici liberi esercenti della provincia di Firenze ha votato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio direttivo, ecc., impressionato dalla facilità e frequenza con la quale si lanciano nel pubblico a scopo di réclame professionale e commerciale, e spesso da medici, preparati medicamentosi sotto forma di specialità, non muniti di rigoroso controllo scientifico attestante le loro virtù terapeutiche;

ravvisando perciò nei metodi di costoro il pericolo e il conseguente danno del traviamento della pubblica opinione, sorpresa da un fenomeno di suggestione collettiva che ad essi metodi si collega, trascurando forse di ricorrere in tempo utile ai metodi di cura razionali:

Delibera

di diffidare il pubblico dal prestar fede a medicamenti che, pur vantandola, non hanno alcuna azione curativa specifica;

d'interessare energicamente le Autorità di tela sanitaria ed i Consessi scientifici della scuola a procedere a tutte quelle operazioni di controllo nelle quali i medici possono trovare una sicura guida professionale ed il pubblico un freno salutare e benefico dell'eccessiva ed irresponsabile e spesso dannosa credulità ».

L'Associazione Nazionale degli ufficiali sanitari e Capi d'uffici d'igienee, in segno di protesta contro la condanna dell'ufficiale sanitario Braccini e di solidarietà verso di lui, ha versato all'Ordine dei medici di Milano lire 50, come prima quota per le spese di processo.

Per l'esercizio della medicina in Tunisia. — La Società Medica Francese, costituitasi per la difesa dei sanitari francesi in Tunisia, ha votato il seguente ordine del giorno:

« La Società Medica Francese, riunita in assemblea generale, emette il voto che d'ora innanzi sia interdetto in Tunisia l'esercizio della medicina ai nuovi medici che non posseggano il diploma di dottore rilasciato da una Facoltà medica Francese ».

Pubblicheremo prossimamente:

Alessandrini e Scala: Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra;

Ascoli M.: Sulla necessità di promuovere ed organizzare una lotta antimelitense;

Campiglio: Osservazioni sulla permanenza del b. del tifo nelle deiezioni di convalescenti e guariti di infezione tifica.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3834) *Pensioni.* — Il Dott. A. C. da S. S. chiede parere su di una risposta avuta dalla Direzione Generale della Cassa di previdenza a riguardo della pensione di riposo, che gli potrà competere.

La Direzione suddetta ha ragione perchè gli anni di servizio prestati dal 1° gennaio 1899 al 1° agosto 1903 non sono riscattabili, giusta l'art. 28 della legge 2 dicembre 1909, n. 744. Per utilizzare il detto periodo di servizio si potrebbe invocare il disposto dell'art. 7 stessa legge o quello dell'art. 14 della legge 11 dicembre 1910. Nel primo caso, però, la pensione sarebbe minima mentre nel secondo sarebbe quella normale. Occorre in tale seconda ipotesi operare entro un decennio il pagamento di una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire. Potremmo liquidare la pensione che Le potrà competere in entrambe le ipotesi non si tosto avrà riprodotti i dati con la indicazione dell'età che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(3835) *Diritti acquisiti.* — Il Dott. G. P. da R. chiede conoscere se possono costituire diritti acquisiti alcune agevolazioni concesse dal Comune ai proprii sanitari con un precedente capitolato e non mantenute nel nuovo che fa solamente menzione di eventuali diritti acquistati dai medici condotti. Fra le agevolazioni è degno di nota l'esonero dal pagamento della tassa vetture, l'assicurazione contro danni professionali e la facoltà di abbinare il congedo annuale.

Possono essere ritenuti diritti acquisiti le agevolazioni riguardanti l'esonero dalla tassa vettura e l'assicurazione contro i danni. Era in facoltà del Comune di accordarle, ma una volta accordate in precedente capitolato debitamente approvato, non possono essere revocate o distrutte senza ledere un vero diritto sorto nel frattempo nel sanitario. Crediamo, però, che non si possa invocare diritto acquisito nella facoltà di abbinamento del mese di congedo, perchè tale abbinamento è contrario alla legge e nessun diritto può sorgere se non trovasi sotto l'egida della legge ed in armonia con i principii generali di diritto scritto da essa sanciti.

(3836) *Medici ferroviarii.* — Il Dott. Z. Z. da A. chiede conoscere: 1° Se perde il diritto di continuare come medico di reparto ferroviario il sanitario che ha compiuto il 65° anno ed il 40° di servizio; 2° Se chi ha rinunziato spontaneamente al servizio della condotta decade anche dalla carica; 3° Quali pratiche deve fare il nuovo medico della condotta per sostituire il predecessore anche nel servizio ferroviario; 4° Se in una condotta libera la vaccinazione deve essere rimunerata dagli abbienti oppure è inclusa nello stipendio dell'ufficiale sanitario; 5° e se si può ottenere aumento per l'assegno dell'ufficiale sanitario.

A norma del D. M. del 20 giugno 1909 tutti i medici ferroviarii non iscritti a ruolo sono di regola dispensati quando hanno raggiunto il 65° anno di età, malgrado che in quell'epoca non avessero raggiunto i 40 anni di servizio. Chi ha rinunziato alla condotta non decade anche dalla carica di medico ferroviario. Costoro sono nominati in base a concorso e la qualità di medico condotto non è che ragione di preferenza fra professionisti egualmente graduati. Per poter essere nominato medico di reparto, bisogna attendere che si bandisca il relativo concorso. La vaccinazione è onere del medico condotto e non dell'ufficiale sanitario. Essa è gratuita per tutti, purchè ognuno conduca i vaccinandi in località apposita previamente ed espressamente determinata dal Municipio. Anche all'ufficiale sanitario è esteso il disposto dell'articolo 26 della legge secondo cui, in caso di scarsa retribuzione, si può chiedere congruo aumento alla G.P.A.

(3837) *Marche da bollo per quietanze.* — Al Dott. G. G. da P. rispondiamo che le marche da bollo per le quietanze su mandati di pagamento sono a carico del percipiente.

(3838) *Ufficiali medici della Croce Rossa - Pensioni - Cura generale - Estensione - Sessenni.* — Il Dott. N. P. da R. chiede conoscere se vi è probabilità che con nuova legge si ammettano a pensione anche gli ufficiali medici che han prestato servizio in Libia; Se possa essere incluso nell'anagrafe comunale colui che ha solo la residenza *in loco* ma non ha cittadinanza italiana e se in un consorzio a modificare la convenzione regolatrice circa i sessenni basti la rappresentanza consorziale od occorrano le deliberazioni dei rispettivi Consigli.

Non si parla di modifica alla legge sulla Cassa di previdenza nel senso da Lei indicato. È sufficiente la dimora o residenza per la iscrizione nel registro di anagrafe. A modificare la convenzione regolatrice del consorzio in rapporto agli aumenti sessennali è competente il Prefetto, udita la rappresentanza consorziale, la G. P. A. ed il Consiglio provinciale di sanità, e ciò ai termini dell'articolo 10 del regolamento generale sanitario.

(3839) *Medico necroscopo.* — Il Dott. G. M. da M. desidera conoscere se abbia diritto a speciale compenso per il servizio necroscopico che presta in sezione servita da altro collega.

Se il collega è in carica deve egli prestare, per la propria zona, il servizio necroscopico. Se lo fa un altro invece sua ha questi diritto a speciale compenso pel maggior lavoro che è obbligato di fare.

Notiamo che le visite necroscopiche non si fanno al cimitero ma nella casa ove avvenne il decesso.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ASIAGO (*Vicenza*). — Condotte pei 2° e 3° riparto. Stipendio L. 5000 lorde ciascuna. Aumento del 20° per 6 trienni. Scad. 10 giugno.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte; L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

BASTIDA PANCARANA (*Pavia*). — Condotta consorziale piena. Abit. 2236. Stipendio L. 4000 lorde, più 200 ufficiale sanit. ed 800 per mezzi di trasporto. Tre sessenni del decimo. Buon capitolato. Scade 5 giugno.

* BREME (*Pavia*). — Condotta piena; L. 4000 oltre L. 200 quale uff. san. e L. 250 per amb. Scad. 6 giugno.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). — Condotta; L. 3000 lorde e tre sessenni, L. 500 per mezzo trasporto, L. 200 quale uff. san. ed alloggio con orto ed appezzamento di terreno mediante fitto di L. 250 annue trattenute a rate mensili. Scad. 10 giugno.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CARMAGNOLA (*Torino*). — *Ospedale di San Lorenzo*. Ispettore sanitario. Per schiarimenti rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale suddetto, scad. 7 giugno.

CASTELGRANDE (*Potenza*). - Condotta pei poveri; ab. 1705 in circa 660 famiglie, di cui circa 100 povere; L. 1000. Assunzione del servizio entro dieci giorni dalla partecipaz. di nomina. Scad. un mese dal 25 mag.

* CASTELLETTO TICINO (*Novara*). — Condotta; L. 3000 pei poveri; L. 1500 per gli abbienti; L. 200 quale uff. sanit.; L. 300 d'indennità alloggio; L. 1000 per mezzi trasporto; complessivamente L. 6000. Abit. 4994. Scad. 10 giugno.

CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illuminazione e riscaldamento. Scad. 31 luglio.

CHIUSDINO (*Siena*). — Due condotte a L. 3300 e 2500, cura piena, L. 700 cavallo in più per la condotta di L. 3300. Un sessennio. Scad. 10 giugno.

CIVITANOVA DEL SANNIO (*Campobasso*). — Condotta; L. 3700 lorde aument. e L. 300 se eletto uff. sanit.; non più di 40 anni s. e. r. Scad. 4 giugno.

ENEGO (*Vicenza*). — Due condotte piene; L. 4500 lorde e L. 100 all'uff. san., non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 15 giugno.

FICANO (*Macerata*). — Condotta piena; L. 2950 lorde, L. 150 per arm. farm. e L. 100 quale uff. san. Scad. 8 giugno.

* FIORENZUOLA D'ARDA (*Piacenza*). — Condotta del riparto ovest; ab. 4500 dei quali 800 circa iscritti nell'elenco dei poveri; L. 3800 pei soli poveri, lorde, con tre sessenni; pei non poveri L. 1 a visita nell'interno e L. 1.50 nel distretto rurale; L. 50 pel carcere. Scad. 20 giugno.

GIANICO (*Brescia*). — L. 3400, cura piena, ab. 913, senza obbligo cavallo, popolazione riunita. Scade 5 giugno.

GIRGENTI. — Condotta medica per S. Anna; L. 2400 lorde. Scad. 15 giugno.

MAGENTA (*Milano*). — Condotta esterna; L. 3600 e L. 800 pel mezzo trasporto. Scad. 10 giugno.

MERCATO SARACENO (*Forlì*). — 2ª e 3ª condotta, pei poveri; L. 3300, gravate di R. M., con quattro quinquenni, e L. 700 di cav.; assicurazione; all'uff. sanit. L. 400. Scad. 10 giugno

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

NOASCA (*Torino*). — Condotta con Ceresole Reale; L. 2000 pei poveri ed incarico uff. san. Scad. 10 giugno.

* OCCHIOBELLO (*Rovigo*). — Condotta pel 1° riparto; L. 4800 lorde; obbl. cav., L. 200 se uff. san., 3 sessenni. Scad. 10 giugno.

OZIERI (*Sassari*). — Condotta pei poveri; L. 1800. Scad. 20 giugno.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PESCIA (*Lucca*). *Spedale SS. Cosimo e Damiano*. — Assistente medico chirurgo; L. 1200 annue, vitto e alloggio nei giorni di guardia. Durata in carica due anni. Documenti al presidente dell'amministrazione ospedaliera entro il mese di maggio. Il prescelto entrerà in carica il 15 giugno venturo.

PIANELLO LARIO (*Como*). — Al 15 giugno condotta consorziale piena; L. 3900 lorde compreso uff. san., due sessenni, entrata servizio 10 giorni dopo partecipazione nomina.

PIETRA DE' GIORGI (*Pavia*). — Condotta piena. Abit. 2259. Stipendio L. 3370 lorde. Alloggio gratuito. L. 850 indennità cavalcatura. Tre sessenni del decimo. Scade 10 giugno.

ROMA. *Congregazione di carità*. — Chirurgo assistente nella Casa di cura « Regina Margherita » e annesso ambulatorio in via Porta Angelica 3; L. 960. Età mssima 43 anni. Nomina triennale. Chiedere l'avviso. Rivolgersi alla segreteria della C. D. C. (piazza S. Chiara 14). Scad. 15 giugno.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Gli esami per la nomina di 20 tenenti medici nella R. Marina sono rimandati ad epoca da stabilirsi e le domande di ammissione a tali esami potranno essere inoltrate fino a nuova disposizione.

* SAN GIOVANNI DI BIEDA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e 2 sessenni, L. 100 per arm. farm. e L. 100 quale uff. san. Ab. circa 1200 riuniti. Scad. 12 giugno.

SAN MAURO MARCHESATO (*Catanzaro*). — Medico chirurgo ostetrico per la generalità degli abitanti; L. 3000 lorde, compresovi compenso quale uff. san., ab. 1839. Scad. 15 giugno.

SCANSANO (*Grosseto*). — Cercasi assistente ospedale. Stipendio 1800 senza obbligo di guardia. Per schiarimenti rivolgersi al direttore.

SUZZARA (*Mantova*). — 3ª condotta; L. 3600 lorde pei poveri; obbl. cav. Scad. 31 maggio.

TORREBELVICINO (*Vicenza*). — Condotta piena; L. 4500 e L. 200 per l'eventuale servizio di uff. sanitario. Scad. 12 giugno.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza*. — Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

VALMONTONE (*Roma*). — L. 1800 pei poveri' L. 1200 per gli abbienti e L. 100 pel carcere. Scadenza 30 giugno.

VEZZA D'ALBA (*Cuneo*). — Ab. 2800, L. 1500 per 300 poveri, alloggio, L. 200 uff. san. Scad. 10 giugno.

VILLAURBANA (*Cagliari*). — Condotta piena con Siamanna e Scapicia; L. 4000 aument. Ab. 2211 complessivamente. Arm. farm. Scad. 15 giugno.

ZONE (*Brescia*). — L. 3400, cura piena, L. 300, arm. farm., L. 200 alloggio, abitanti 1016, località 4 villeggiature. Scade 5 giugno.

Cercasi medico-chirurgo supplente dal Comune di Folignano (Ascoli Piceno) sito su amena collina ed a 7 chilometri da Ascoli Piceno, pel mese di agosto p. v. onorario L. 250. Per trattative ed informazioni rivolgersi al titolare della condotta Dott. Rodolfo Casulli, Folignano (prov. di Ascoli Piceno).

Medico-chirurgo, pratico condotta, con perfezionamento clinico in Chirurgia, Ostetricia, Ginecologia, Pediatria, accetterebbe buon interinato da luglio in poi.

Scrivere Tessera tramviaria n. 013490. Posta restante — Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Città della Pieve, Gubbio, Montone e Torri in Sabina (Perugia), Forno di Zoldo e Sappada (Belluno), Macugnaga (Novara), Castorano (Ascoli Piceno), Formignana (Ferrara).

Revoca di diffide: Baresi - Bordogna - Fondra - Roncobello (Bergamo).

La sezione Friulana dell'A. N. M. C. toglie tutte le diffide della provincia, in quanto che si è proceduto, d'accordo con la Prefettura, all'ordinamento delle numerose condotte vacanti, servite irregolarmente con interinati e scavalchi, e all'applicazione della legge col servizio residenziale pei soli poveri. La presidenza sezionale si riserva d'imporle nuovamente, qualora i bandi di concorso non rispondano ai desiderata della classe.

La sezione Ossolana ha deliberato di diffidare il concorso alla condotta medico chirurgica di Macugnaga e di applicare intanto nel servizio interinale l'alta tariffa per la supplenza.

Ci si comunica:

La sezione Monzese dell'Associazione nazionale dei medici condotti proclama l'isolamento assoluto del dottor Andrea Ippolito Sterzi che, avendo scientemente concorso al posto boicottato di medico condotto consorziale Vimercate-Ruginello ed avendone accettato la nomina, ha compiuto atto di vero krumiraggio.

I colleghi tutti sono quindi invitati ad astenersi di avere con lui qualsiasi rapporto professionale e personale.

Dott. Daniele Carobbio, presidente; dott. Domenico Sironi, vice presidente; dott. Ezio Baroni e dott. Ercole Bancolini, consiglieri; dott. Achille Casati, segretario.

Concorso a premio. (Per la guarigione dei portatori cronici di bacilli di Eberth). — È stato fondato da un donatore anonimo un premio di 12,000 franchi per essere conferito, senza distinzione di nazionalità, a chi renderà noto un trattamento curativo dei portatori cronici di bacilli di Eberth.

Le memorie dovranno essere scritte in tedesco ed indirizzate, prima del 1º ottobre 1914, al professore von Schjerning, presidente della Commissione del concorso, 86, Wilhelmstrasse, Berlino. - Essa comprende inoltre i professori Ehrlich, Gaffky, Kraus, Uhlenhuth e Hoffmann.

Le esperienze devono essere descritte dettagliatamente affinchè possano essere immediatamente controllate. È obbligatorio che la guarigione dei portatori cronici di bacilli di Eberth siasi mantenuta almeno per sei mesi.

Nel caso in cui nessun concorrente abbia indicato un trattamento che dia la guarigione completa, una parte del premio potrà essere conferita a quegli che si sarà maggiormente avvicinato alle condizioni richieste.

Concorso a premio. (Per lavori di oculistica). — Grazie alla munificenza di un generoso filantropo che desidera conservare l'incognito, sarà attribuito nel 1914 un premio di 5000 franchi al miglior lavoro che tratti dell'eziologia, della profilassi o del trattamento delle forme di irite, di iridociclite o di ciclite non derivanti da sifilide.

Non verranno ammesse al concorso che le memorie le quali hanno fatto oggetto di una relazione o di una comunicazione ad una delle Società di oftalmologia della Francia o dell'estero. Un giurì composto di tre membri scelti fra gli oftalmologici di Parigi sarà incaricato di conferire il premio.

Le memorie dattilografate o stampate e redatte in francese, inglese o tedesco, dovranno pervenire al più tardi il 15 agosto 1914 al « Bureau des Annales d'oculistique » 26, boulevard Raspail, Paris.

Nomine, promozioni e onorificenze.

PALERMO. — Il dott. Maggiore Giuseppe è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

PADOVA. — Il dott. Borsari Giuseppe è nominato aiuto nella clinica per le malattie nervose.

LETTERE DA PARIGI

I danni dell'alcoolismo. — È certo che le sindromi morbose le quali riconoscono nell'abuso delle bevande spiritose un fattore eziologico sono straordinariamente frequenti in Francia. Quanta parte spetti all'alcool e quanta invece agli stupefacenti e agli irritanti del sistema nervoso che entrano nella composizione della miscela che va sotto il nome di *absinthe* è più difficile poter dire. Certo però che i danni portati da quest'ultima sono gravi e forse irreparabili. Alcuni piccoli Stati dove l'uso del funesto liquore cominciava a propagarsi hanno potuto rapidamente tagliare il male dalla radice vietando l'importazione, la fabbricazione e lo smercio dell'absinthe nel loro territorio. Così in Svizzera, nel Belgio e nell'Olanda.

Una misura di tal genere è di difficile applicazione in Francia, per non dire impossibile. Un progetto di legge presentato l'anno scorso al Senato e tendente a sopprimere, nella fabbricazione dell'absinte uno dei componenti più nocivi, l'estratto di *thuyme*, è rimasto allo stato di progetto e tale rimarrà per sempre malgrado lo sforzo degli igienisti che siedono alla Camera alta come a quella dei deputati.

Gli ostacoli all'applicazione di misure legislative di soppressione radicale sono molti e vari. Si è mostrato il pericolo che ne verrebbe dalla chiusura delle numerose fabbriche di absinthe per le migliaia di operai gettati così sul lastrico da un giorno all'altro, si obbietta che le frodi diverrebbero numerose, che l'absinthe verrebbe fabbricata all'estero e poi introdotta di contrabando, come avviene ora dell'oppio che è consumato nelle numerose *fumeries*, specialmente nei porti francesi del Mediterraneo, ecc. Ma l'obbiezione vera ed assoluta è una sola. Le grandi case produttrici di absinthe sono troppo potenti per non avere dalla loro parte direttamente o indirettamente un gran numero di sostenitori. Qui, come in quasi tutti gli altri problemi che interessano l'igiene generale è necessario patteggiare coll'industria, impedire di urtare un troppo grande numero di interessi....

Intanto il dott. Legrain del manicomio di Villejuif ha dichiarato, alcuni giorni or sono, in una intervista, che l'alcoolismo aumenta in Francia sempre più. Egli osserva che gli operai bevono liquori non soltanto negli spacci pubblici, ma ancora in famiglia ove la donna di casa è costretta ad approvvigionarsi anche della bottiglia di *apéritif* per il suo uomo.

Per aprire gli occhi dei legislatori e provocare nel pubblico un panico salutare bisognarà dunque, dice il dott. Legrain, attendere il momento in cui la metà più uno degli elettori dovrà essere curato al manicomio? Il numero dei riformati alla visita militare per tare alcooliche sorpassa il 35 %. La tubercolosi aumenta. Parigi conta uno spaccio di liquori per ogni 78 abitanti e i manicomi rigurgitano di malati che basta mettere al regime dell'acqua pura per vedere guarire.

Se l'alcoolismo ha preso piede in Francia, noi italiani non dobbiamo però dimenticare che anche nel nord della Penisola esso comincia a fare un gran numero di vittime. Come la tubercolosi, l'alcoolismo è una piaga dei centri industriali e progredisce col benessere economico dei lavoratori che possono dedicare a questa funesta passione una parte cospicua dei loro aumentati guadagni. Difendiamoci fino a che siamo ancora in tempo di farlo e non lasciamo che gli emigranti incanalino nella nostra patria, oltre al denaro raccolto col loro lavoro, vizi e le abitudini antiigieniche che erano da noi pressochè sconosciuti.

Chirurgia di guerra. — L'Accademia di Medicina continua ad interessarsi di tale questione che le recenti guerre hanno riportato sul tappeto.

Nella seduta del 6 maggio, il dott. Lucas-Championnière si mostra piuttosto contrario alla teoria del non intervento sistematico in tutte le ferite d'arma da fuoco. Quanto al trattamento asettico delle ferite Lucas-Championnière è assolutamente contrario. In tempo di guerra l'antisepsi deve avere la precedenza sull'asepsi. La tintura di iodio rende dei buoni servigi, ma a questo antisettico, sopratutto se non freschissimo, come può essere spesso il caso in guerra, il dott. Lucas-Championnière preferisce l'antico e non mai abstanza lodato acido fenico.

Tuttavia l'eminente chirurgo è d'avviso che di regola è meglio non intervenire nelle ferite penetranti, per arma da fuoco. Egli ricorda che le statistiche inglesi nella guerra del Transvaal provano come l'intervento nelle ferite dell'addome sia stato sempre seguito da morte.

A proposito della guerra balcanica egli dimostra che un gran numero di guarigioni spontanee presso i bulgari si deve al fatto che essi non sono degli alcoolici. Il dott. Reclus ha preso in seguito la parola per dimostrare che le ferite penetranti dell'addome possono guarire spontaneamente per l'interposizione di un zaffo mucoso fra le labbra della ferita intestinale, per mancanza di parallelismo o per aderenze spontanee delle due sierose peritoneale e intestinale.

Perforazione da ulcera duodenale. — Il dottor Pauchet comunica alla Società di chirurgia (seduta del 30 aprile) il risultato eccellente dell'intervento precoce negli individui che presentano i sintomi di perforazione da ulcera duodenale. A questo proposito il Pauchet insiste sul fatto

che la perforazione non si manifesta mai in seguito a un' ulcera latente, perchè secondo lui non esistono delle ulceri duodenali latenti. La malattia si manifesta sempre con segni clinici quali iperacidità o dispepsia nervosa. I segni classici che il medico cerca e sovente non trova quali il vomito, le emorragie o i forti dolori, sono delle complicazioni e non dei sintomi. Più sovente invece nei casi di ulcera duodenale esistono i dolori tardivi, tre o quattro ore dopo il pasto e che vengono calmati dall'ingestione del cibo, e rigurgitazioni acide. L'esame radioscopico mostra una motilità gastrica accresciuta.

Doctor GOD.

NOTIZIE DIVERSE

XVII° Congresso internazionale di medicina (Ufficio Stampa).

Il segretario generale dell'Associazione internazionale della stampa medica ha l'onore di portare a conoscenza dei colleghi della stampa medica le disposizioni seguenti, stabilite di concerto con l'Ufficio del Comitato del Congresso internazionale di medicina per quanto concerne il servizio di stampa durante questo Congresso.

I membri delle associazioni della stampa medica affiliate all'Associazione internazionale, che ne faranno domanda alla segreteria della loro associazione, riceveranno gratuitamente una tessera di congressista. I segretari di queste associazioni dovranno trasmettere la lista delle richieste al segretario generale dott. Raoul Blondel, 103, boulevard Haussmann, Paris, prima del 20 luglio prossimo.

Le tessere rilasciate daranno diritto a tutti i vantaggi riservati ai congressisti: riduzioni nelle spese di viaggio, inviti ai ricevimenti e un volume delle relazioni a scelta dell'interessato (specificare la sezione richiesta).

Le tessere di membri aderenti per la signora o le figlie sono però a pagamento (12 scellini).

Durante il Congresso una sala verrà adibita esclusivamente alla stampa medica, nei locali del congresso (Technological Institute, Imperial Road). Questa sala, abbastanza vasta, è allogata immediatamente a sinistra dell'ingresso nel palazzo.

Un esemplare di ciascuno dei volumi delle relazioni vi sarà depositato. Un annunzio agli autori delle comunicazioni farà conoscere l'esistenza di questa sala e li inviterà a preparare un numero sufficiente di esemplari dei riassunti delle loro comunicazioni ed a farveli pervenire.

In ciascuna delle sezioni un segretario sarà specialmente addetto al servizio di stampa. Alla fine della seduta egli terrà a disposizione dei giornalisti, nella sala delle sedute e per la durata di un'ora, il testo delle parole pronunziate durante le discussioni, testo che gli autori saranno stati invitati a redigere immediatamente ed a rimettere al segretario.

Ricordiamo che l'associazione italiana della stampa medica, affiliata a quella internazionale, è presieduta dal prof. Enrico Morselli e che segretario generale ne è il prof. Mario Segàle (Genova, Istituto di Patologia generale della R. Università).

Per il Museo del XVII° Congresso internazionale di medicina.

Sotto la presidenza del prof. Keit del Reale Collegio dei Chirurgi, si è costituito a Londra un Comitato onde organizzare un Museo pel Congresso internazionale di medicina del 1913.

Il Museo consisterà nella esposizione di materiale illustrativo ed esplicativo dei soggetti in discussione nelle varie sezioni ed in altro materiale che il Comitato riterrà interessante dal punto di vista scientifico.

La sede scelta è l'Imperial College of Science and Tecnology, South Kensington.

Per schiarimenti gli espositori si rivolgano al segretario del Comitato, H. Wormit Rovenhurst, Pelbot Road. Wenbley. - Il Comitato è disposto a sostenere le spese di trasporto.

XI Conferenza Internazionale della Tubercolosi.

La decima conferenza Internazionale della tubercolosi, tenutasi a Roma nel 1912, ha deciso di convocare la undicesima conferenza nel 1913 a Berlino.

Il comitato amministratore ne ha fissato i giorni dal 22 al 25 ottobre.

A Berlino aveva avuto luogo la prima confeeenza nel 1902; si riconobbe allora la necessità di riunire dal punto di vista internazionale gli sforzi nazionali compiuti in tutti i paesi civili per lottare contro la più terribile delle malattie popolari; è così che si fu condotti alla fondazione dell' « Associazione Internazionale contro la tubercolosi ».

Da quell'epoca l'Associazione ha tenuto le seguenti conferenze annuali: 1903 a Parigi, 1904 a Copenaghen, 1905 a Parigi, 1906 all'Aia, 1907 a Vienna, 1908 a Filadelfia, 1909 a Stoccolma, 1910 a Bruxelles, 1912 a Roma. In questi primi dieci anni si è riconosciuto chiaramente che la comunità internazionale degli interessi permette di risolvere numerosi problemi importanti. Ora che 28 Società centrali nazionali hanno aderito all'Associazione internazionale, questa si riunisce per la prima volta nel luogo della sua fondazione.

L'undicesima conferenza Internazionale della Tubercolosi avrà precipuamente lo scopo di esaminare se i risultati che si attendevano dalla fondazione dell'Associazione sono stati raggiunti.

Fra le relazioni più importanti sono le seguenti, per alcune delle quali non è ancora stato designato il relatore:

Forme cliniche della bacillosi di Koch nelle diverse età (Landouzy). Espressioni isto-anatomopatologiche della bacillosi umana nelle diverse età. Ciò che deve la tisiologia umana alla medicina sperimentale. Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare (Brauer). Le assicurazioni sulla vita privata (R. Fränckel). Le mutualità (Fuster). L'assicurazione di stato. Scuole professionali per i bambini pretubercolotici (Pannwitz).

Il IV° Congresso Regionale Medico Toscano

si adunerà il 15 e 16 giugno prossimi, ai Bagni di Montecatini.

I Rappresentanti delle Sezioni Fiorentina e di Valdinievole dell'A. N. M. C., riunitisi in Comitato organizzatore, fanno noto ai colleghi che Autorità, Società e popolazione di Bagni di Montecatini, venute a conoscenza della proposta con-

vocazione dei Medici Condotti. abbiano con entusiasmo dichiarato di volere festosamente e con signorilità ricevere quanti medici vorranno rispondere all'appello.

L'illustre maestro prof. sen. Crocco, direttore delle Terme, prenderà parte alla riunione e sarà guida autorevole nella visita degli Stabilimenti.

I presidenti di Sezione ed i soci che intendono fare comunicazioni al Congresso sono pregati di darne avviso al più presto al dott. L. Parenti (Bagni di Montecatini).

I soci che prenderanno parte al Congresso dovranno inviare la loro adesione entro il 10 giugno al dott. L. Parenti unitamente alla quota di lire 3, e loro sarà rimessa una tessera che darà diritto all'ingresso agli stabilimenti di cura, ai bagni Termali, al banchetto ufficiale, all'alloggio per due sere nei principali alberghi, ai ricevimenti e divertimenti che saranno organizzati dal Comitato paesano.

I Congressisti domanderanno alla stazione di partenza il biglietto di andata e ritorno per Montecatini-Bagni che avrà validità dal venerdì al martedì col consueto ribasso dell'andata e ritorno per le stazioni termali.

Le signore dei congressisti medici condotti che desiderino prender parte al Congresso sono pregate di ritirare una tessera personale, inviando lire 3 al dott. L. Parenti.

L'eventuale rimanenza di cassa sarà devoluta al Collegio-Convitto degli Orfani dei Sanitari in Perugia.

Il Congresso dei medici ospitalieri.

Questo Congresso fu inaugurato il 15 maggio a Milano, sotto la presidenza del dott. Giuseppe Forlanini, il quale disse parole di circostanza. Furono lette le adesioni da Torino, Parma, Venezia. Su proposta inviata da Roma dal professore Carducci, presidente della Federazione Nazionale, il Congresso inviò una calda adesione alla iniziativa del dott. Sforza e del prof. Devoto per un Comitato permanente per l'assicurazione obbligatoria contro la malattia, come precipuo mezzo per la soluzione delle questioni d'assistenza ospitaliera in Italia.

In seguito si dichiarò costituita la Federazione regionale ospitaliera e se ne approvò lo statuto.

Il Congresso passò poi alla discussione di importantissimi temi. Riferirono il dott. Dori di Pavia sul programma d'azione delle Associazioni ospitaliere; il dott. Somani di Como sulla importante questione degli stipendi, pei quali il Congresso stabilì il *minimum* da richiedersi alle Amministrazioni ospitaliere. Il dott. Legnani e il dott. Pezza di Pavia trattarono ampiamente l'argomento delle pensioni; il dott. Martinelli di Milano quello del riposo settimanale. Infine il dottore Masnada di Pavia si occupò della spedalizzazione degli abbienti, la quale costituisce danno permanente e grave alla numerosa clientela degli esercenti liberi.

Su tutti questi temi furono emessi voti e relativi ordini del giorno.

Propaganda igienica.

L'Associazione nazionale dei medici condotti ha da parecchi anni compreso la propaganda igienica fra i capisaldi del suo programma.

L'Associazione intende ora intensificare e generalizzare in tutte le regioni d'Italia la sua propaganda, con un programma più organico e più vasto, estendendola oltre che alla lotta contro le malattie, anche ad altri problemi sociali, in modo da allargare il campo d'azione delle sezioni già operose, sollecitare le energie latenti delle altre, e tutte coordinarle e convergerle, con uniformità di indirizzo, verso il fine comune, l'educazione igienico-sociale del popolo e il conseguente miglioramento delle sue condizioni fisiche ed economiche.

A tal uopo la Presidenza centrale delegava il vice presidente Ranelletti alla preparazione e organizzazione del nuovo programma generale di propaganda.

Stabilito dalla Presidenza centrale questo programma generale di propaganda igienico-sociale, è compito delle sezioni di provvedere al suo svolgimento nelle rispettive circoscrizioni, affidandone l'incarico ai singoli Comitati di propaganda igienica.

Il programma generale consta di tre parti principali:

I. — Propaganda igienica per la lotta contro le malattie, specie a carattere sociale.

II. — Propaganda in favore della Previdenza, delle Assicurazioni obbligatorie e in modo speciale della Cassa Nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai.

III. – Statistica nazionale di morbilità e mortalità delle classi lavoratrici.

Allo scopo d'interessare alla propaganda le Autorità centrali, chiedendo loro l'appoggio morale e materaiale, sono state inoltrate varie lettere, dirette al presidente del Consiglio dei ministri on. Giolitti, al Direttore generale della sanità pubblica on. Lutrario, al Ministro della pubblica istruzione on. Credaro, al presidente della lega nazionale contro la tubercolosi on. Baccelli, al ministro di agricoltura on. Nitti, alla Cassa Nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai, alla Federazione del lavoro, alla Direzione generale della statitica e del lavoro.

Si sono ottenute promesse di appoggio e d' incoraggiamento.

L'assemblea generale della Croce Rossa.

Ha avuto luogo a Roma l'assemblea generale della Croce Rossa italiana, alla quale intervennero oltre 200 soci.

Il presidente, conte Della Somaglia, commemorò degnamente il defunto presidente, conte senatore Taverna.

Il presidente dette poi lettura del resoconto morale economico della associazione degli anni 1911-1912, e si passò in seguito alla elezione degli uscenti, per compiuto quinquennio, fra i membri del Comitato centrale. Vennero riconfermati tutti gli uscenti ed eletti i seguenti: Theodoli ing. Alberto, Facelli prof. Cesare, Taverna conte Lodovico e Macchi di Cellere conte Vincenzo; a revisore dei conti Ferrajoli marchese Filippo.

Il presidente, conte Della Somaglia, espose una succinta relazione sull'operato della Croce Rossa nella guerra Libica e accennò al servizio prestato dall'Associazione nella guerra dei Balcani; e il dott. Polacco, a nome di alcuni medici suoi colleghi, presentò un ordine del giorno, nel quale chiedeva che fosse preso in considerazione un memoriale, già consegnato alla presidenza, contenente alcuni desiderata relativi al miglioramento dei servizi ed all'organizzazione della Croce Rossa.

L'assemblea si sciolse con una manifestazione di benevolenza al nuovo presidente e col fervido voto che la Croce Rossa possa intensificare sempre più la sua azione a vantaggio dell'esercito, e meritarsi il plauso della Nazione.

La Croce Rossa italiana al campo greco in Epiro.

La Croce Rossa italiana all'inizio della guerra balcanica d'accordo col nostro Governo decise, come è noto, di inviare a ciascuno degli Stati belligeranti ospedali da campo, ambulanze, soccorsi in denaro. La Grecia non fu certo ultima nel ricevere il soccorso italiano, perchè, oltre le offerte in materiali (duecento letti alla Croce Rossa ellenica) e di denaro, ricevette dalla Croce Rossa Italiana un ospedale da guerra, che potè durante la campagna in Epiro tenere disponibili per malati e feriti 120 letti, mobilitando, in due spedizioni, 10 ufficiali, 6 sottufficiali e 66 uomini di truppa.

La prima spedizione al comando del maggiore medico cav. Gino Crescini esercitò la sua azione specialmente ad Arta, dal mese di ottobre fino ai primi di febbraio. Poi si trasportò a Filippiade col quartier generale greco. Dal febbraio in poi l'ospedale da guerra della Croce Rossa italiana passò al comando del tenente colonnello medico Lincoln De Castro.

In questi giorni tutto il personale inviato negli Stati balcanici dalla Croce Rossa è di ritorno. Dal tenente colonnello De Castro il « Corriere della sera » ha ottenuto le seguenti informazioni per ciò che riguarda l'opera prestata in Grecia.

L'ospedale da guerra n. 54 (della circoscrizione di Venezia) curò i feriti di tutti i combattimenti avvenuti in Epiro dalla battaglia di Gribovo fino alla presa di Giannina, circa 850, e 150 malati. L'ospedale della Croce Rossa italiana fu il solo ospedale straniero che funzionò coi proprii mezzi, essendo il solo organizzato dal punto di vista del personale e del materiale per servizio di guerra. I suoi spostamenti erano resi facili e possibili per ogni più urgente bisogno, le sue tende furono le sole che nei giorni di forte burrasca si mantennero solide, mentre tutti gli altri accampamenti furono smantellati dalle raffiche impetuose. Un ottimo apparecchio radioscopico di cui era fornito l'ospedale n. 54 rese i migliori servizi.

Le autorità militari elleniche e gli addetti militari di varie nazioni, ebbero ad ammirare il perfetto funzionamento della Croce Rossa italiana. Il generale Danglis, capo dello stato maggiore greco, il generale francese Eydoux, il colonnello medico Arnaud della missione militare francese al servizio del Governo greco, non lesinarono i loro elogi. Poco prima dell'assassinio di Re Giorgio a Salonicco l'ospedale n. 54 ebbe a Filippiade la visita della Regina Olga, la quale volle personalmente ringraziare il comandante a nome del Re. L'ospedale n. 54 ricoverò altresì 111 prigionieri turchi dei quali parecchi erano feriti.

La Croce Rossa italiana ebbe anche le sue vittime in Grecia perchè varî militi furono colpiti dalla febbre ricorrente che serpeggiava fra le truppe in Epiro, e un milite, il caporale Giuseppe Segata, morì di tifo il giorno precedente al rimpatrio della Croce Rossa.

Durante la permanenza del nostro ospedale a Filippiade anche la popolazione ricorreva alle cure dei nostri medici.

Gli ufficiali della Croce Rossa italiana in Grecia, oltre i comandanti già ricordati, furono i dottori D'Ancona, Marcolongo, La Selva, De Fanti, Tron, i contabili Rezioli e Peloso e il farmacista Raschi.

La Croce Rossa italiana al campo turco di Fieri.

Col piroscafo « Molfetta », della Società « Puglia », proveniente da Bari, il 19 maggio u. s. è passato per Vallona un distaccamento della « Croce Rossa » italiana, il quale era diretto a Fieri, ove si recava per curare gli ammalati delle truppe turche.

L'ambulanza italiana della Croce Rossa a Vallona.

Il 23 maggio u. s. è giunta a Vallona l'ambulanza della Croce Rossa italiana, accolta molto cordialmente dall'ufficialità turca e dalla popolazione albanese.

Il premio Riberi.

L'« Accademia di medicina » di Torino aveva conferito in seduta parziale il XII premio Riberi di 20,000 lire al prof. Luigi Pagliari, per il « Trattato d'igiene e sanità pubblica », in corso di pubblicazione, del valente igienista. Ma in seguito a questioni procedurali insorte è stato deferito il giudizio sulla legalità di questa assegnazione ad una Commissione composta dal presidente dell'Accademia delle scienze, dal presidente del Consiglio dell'ordine degli avvocati e dal procuratore generale della Cassazione.

Onoranze al prof. De Amicis. — Premio De Amicis.

Avendo il prof. T. De Amicis presieduto ed organizzato il Congresso internazionale di Dermosifilografia, tenuto a Roma nello scorso anno, il prof. Barduzzi, allora presidente della Società italiana di Dermosifilografia, propose, e la sua proposta fu accolta unanimemente, di offrirgli una pergamena, firmata da tutti i soci, in attestato di riconoscenza per l'opera sapientemente prestata e per la splendida riuscita del Congresso internazionale.

Tale pergamena fu presentata al prof. De Amicis nell'occasione della riunione annuale della Società di Dermosifilografia tenuta nel dicembre u. s., e in tale occasione il presidente in carica, professor Ducrey, tenne un applaudito discorso, a cui rispose con acconcie parole il festeggiato.

In quella stessa occasione, dovendosi decidere dell'uso a cui destinare il cospicuo residuo delle somme introitate per il Congresso internazionale, su proposta del prof. Truffi di Savona, l'assemblea dei soci decideva, con voto unanime, di fondare con una parte di questa somma un premio in dermosifilografia, da conferirsi ogni tre anni a lavori italiani, ed intitolato al prof. Tommaso De Amicis.

Il regolamento che dovrà stabilire le norme del conferimento di questo premio sarà compilato da un'apposita Commissione, alla cui nomina provvederà ora la presidenza della Società italiana di dermatologia e sifilografia.

Onoranze a un collega.

La Giunta municipale di Beinasco (Torino), nell'intento di festeggiare pubblicamente la nomina a cavaliere della Corona d'Italia del medico condotto del Comune, dott. Costantino Ganna,

conferitagli in premio delle sue benemerenze in pro del locale Ospedale della Consolata, si è costituita in Comitato promotore. E, rendendosi interprete dei sentimenti manifestati dal dottore Ganna, e cioè di « festeggiare beneficando », ha divisato d'indire una pubblica sottoscrizione a favore di una istituenda camera d'isolamento nell'ospedale. Era questo il miglior omaggio che poteva rendersi al festeggiato.

A tale scopo sono state preparate le schede di sottoscrizione per la firma e per la raccolta delle oblazioni.

Le dette schede verranno poi unite in apposito albo da presentarsi al valente sanitario, in forma ufficiale, alla presenza delle autorità locali, del deputato del Collegio e del consigliere provinciale, il 22 giugno prossimo.

Le oblazioni si possono anche spedire per cartolina-vaglia, indirizzate al signor Pugno Giovanni, segretario comunale. Si ricevono sino a tutto il 15 giugno.

Corso di oculistica.

Per incarico del Ministero dell'interno il professor Cirincione, direttore della clinica oculistica di Roma, terrà un corso accelerato per laureati in medicina e chirurgia, sulla diagnosi e cura rapida del tracoma congiuntivale e delle principali malattie esterne dell'occhio, a cominciare dal 1° giugno.

Per un ospedale a Parma.

È stato aperto un concorso fra ingegneri italiani per un progetto completo di costruzione di un ospedale di 650 letti, comprendente anche le Cliniche universitarie (meno le chirurgiche) e l'Istituto universitario di anatomia patologica.

La spesa totale per la costruzione non dovrà eccedere 3,000,000 di lire, ivi compresi la canalizzazione delle acque luride e piovane, la conduttura a distribuzione dell'acqua, del gas e dell'elettricità e loro mezzi d'impiego, l'impianto o gli impianti per il riscaldamento e per la ventilazione, la sistemazione del terreno con giardinaggi, viali e recinti.

Nella detta spesa non è compresa quella occorrente alla costruzione dell'Istituto universitario di anatomia patologica.

Il concorso scade alle ore 16 del 20 novembre 1913.

Tutti i progetti saranno, a cura dell'Amministrazione degli Ospizi civili, esposti al pubblico per almeno 10 giorni, prima che siano consegnati alla Commissione giudicatrice. Questa, in conformità del grado di riuscita del concorso, statuirà sull'assegnazione o no, di uno dei seguenti tre premi, o di tutti e tre, ossia di un 1° premio di lire 25,000, un 2° premio di lire 10,000 e un 3° premio di lire 5000. Ciascun premio sarà divisibile fra i concorrenti giudicati di pari merito.

Per l'ospedale italiano di Londra.

Il 27 maggio ha avuto luogo nelle sale del « Royal Institute of Painters in Water Colours » un ballo di beneficenza a favore dell'ospedale italiano in Londra, fondato nel 1884 e che è mantenuto con contribuzioni volontarie annue e con lasciti dei benefattori.

L'ospedale è sotto il patronato dei Reali d'Italia e d'Inghilterra ed è presieduto dall'ambasciatore italiano.

Per l'ospedale italiano di Lugano.

Il 21 maggio a Giornico, alla presenza del console generale d'Italia, conte Marazzi, delle autorità ticinesi della Val Leventina e di grande folla, si è tenuta una riuscitissima festa a beneficio dello ospedale italiano di Lugano.

Il Comitato era presieduto dal signor Francesco Calone, che ha tenuto una conferenza.

La rubrica della beneficenza.

Il cav. Giusta Calnazzo, morto in questi giorni a Pegli (Liguria), ha lasciato 4 milioni di lire perchè sia fondato a Badia Polesine, suo paese natìo, un Istituto per trovatelli e abbandonati, 20 mila lire per l'ospedale e altri cospicui legati.

Conferenze.

L'on. prof. Bossi ha tenuto a Milano, per invito della Università popolare, una conferenza sul tema: « Le conseguenze dei patemi sulla donna ».

Nuovi giornali.

Il prof. Jonnescu — ben noto ai chirurgi per il suo metodo di rachianestesia generale — ha voluto raccogliere in una rivista i lavori originali dei chirurgi rumeni, ora sparpagliati in varie riviste europee.

Così è sorta la « Revista de Chirurgia » diretta dal Jonnesco e di cui sono redattori parecchi eminenti chirurgi e segretari i docenti Jacobovici e Gomoiu. È amministrata dall'Istituto di anatomia topografica della Facoltà medica di Bucarest.

Il primo numero, il quale porta la data di aprile 1913, si presenta in elegante veste tipografica e contiene dieci memorie.

Le discipline medico-chirurgiche hanno assunto un poderoso sviluppo durante gli ultimi decenni nella lontana colonia della Roma imperiale.

Ne fa fede questa splendida pubblicazione, alla quale dall'*alma madre* inviamo i più cordiali auguri.

Per il valore dei disinfettanti.

Al Congresso internazionale d'igiene che ebbe luogo a Washington si discusse la questione di un metodo internazionale per la determinazione del valore dei disinfettanti posti in commercio.

Il Congresso nominò una Commissione costituita di sei membri per lo studio della questione e per concretare le relative proproste. Rappresentante dell'Italia è il prof. Gosio; presidente della Commissione il prof. Weber di Berlino.

Uno studio ufficiale sulle carni refrigerate.

Alla Camera dei deputati francese il Ministro di agricoltura, rispondendo ad una analoga interrogazione del deputato Loth, ha dichiarato di aver dato disposizioni perchè sia intrapreso uno studio delle modificazioni a cui vanno soggette le carni conservate col mezzo della congelazione o della refrigerazione prolungata. Lo studio si estenderà ai vari metodi di conservazione col freddo, e ai procedimenti che potrebbero esser usati per caratterizzare le varie specie di carni refrigerate e distinguerle dalle carni fresche. In base ad esso, se ne sarà il caso, si emanerà un regolamento sul traffico delle carni refrigerate.

Cronaca epidemiologica.

Fra gli ascari eritrei del 7° battaglione imbarcati a Massaua sul piroscafo « Bologna » e diretti a Bengasi, s'era manifestato qualche caso di peste bubbonica, onde il piroscafo venne inviato in quarantena all'Asinara e sottoposto ad energiche e generali disinfezioni, dopo di che è ripartito per la Cirenaica.

All'Asinara è rimasto un solo ascaro, colpito da malattia sospetta, il quale però è in continuo miglioramento, e altri tre ascari colpiti da malattie comuni.

Il dott. Clementi, medico di porto di Genova, accompagna il « Bologna » sino a Bengasi.

Incerti professionali.

Il dott. Lodovico Figna, vice-direttore del Manicomio della provincia di Bologna, è stato gravemente ferito con un colpo di rivoltella da un mattoide, che egli aveva curato con una serie di iniezioni ipodermiche, mentre era degente al Manicomio. Il feritore, tale Casalino, si era fitto in capo che le iniezioni fossero state fatte all'unico scopo di persecuzione personale; ed aveva giurato di vendicarsi. Il dott. Figna, che dimostrò nel grave incidente un'ammirabile serenità di animo, ai colleghi ed alle autorità che lo confortavano, rispondeva che « non si trattava che di incerti del mestiere ». (*L'Avven. Sanit.*).

Per un abito inzaccherato.

Riportiamo dal « Paris Médical », che un medico interno degli ospedali di Parigi, mentre si recava a visitare un malato, incontrò nel sobborgo Poissonnière un autobus che rasentava il marciapiede a forte velocità e che gli fece schizzare addosso il fango della strada. Il medico si vide costretto a tornare in casa per cambiare gli abiti e la biancheria, mentre il malato attendeva con impazienza. Citata, dinanzi al giudice di pace del nono Circondario, la compagnia degli autobus, venne condannata a pagare al medico cento franchi di danni derivatigli pel ritardo al quale egli era stato costretto.

Conferenze di etica medica

Sono state organizzate dall' Associazione dei medici pratici di Vienna la quale, continuerà l'esperimento, in ragione del grande successo riportato.

L'Istituto Evans a Filadelfia.

Il dentista americano Thomas Evans, morto a Parigi alcuni decenni or sono, aveva lasciato per testamento 15 milioni di franchi alla città di Filadelfia, per l'erezione di un istituto odontoiatrico

Dopo una lunga causa giudiziaria sostenuta con gli eredi, i quali impugnavano la validità del testamento, la città di Filadelfia è venuta ora in possesso del grandioso lascito e procederà presto all'erezione dell'Istituto, il quale s'intitolerà al legatario.

Donazione Rudolf Mosse.

In occasione del suo 70° compleanno il proprietario della nota casa d'inserzioni commerciali e di *réclame* sui giornali medici tedeschi ha fatto una donazione di circa due milioni di franchi, dei quali 125,000 destinati alla Rudolf Virchow Haus.

Dieci milioni per un bacillo.

Il dott. Friedmann di Berlino avrebbe scoperto che il bacillo della tubercolosi delle tartarughe fornisce un vaccino curativo innocuo ed efficace per l'uomo.

Intorno a questa scoperta è stata fatta una *réclame* straordinaria, sovratutto negli Stati Uniti d'America, ove il Governo pose a disposizione dell'inventore molto materiale clinico (sotto il controllo dell'U. S. Public Health Service).

Ora egli ha venduto per gli Stati Uniti il rimedio, al prezzo di seicento mila franchi in contanti e nove milioni in azioni, ed ha interrotto gli esperimenti, i cui risultati non erano dissimili da quelli che si ottengono con altre terapie tubercoliniche.

A. M.

Azione giudiziaria tra due medici.

L'*Oeuvre de la tuberculose humaine*, è un'istituzione diretta dal dott. Samuele Bernheim di Parigi. Essa mantiene un dispensario antitubercolare a Sanit Denis.

Per quattro anni al dispensario è stato addetto in qualità di medico capo il dott. Lonis Dieupart. Ma da qualche tempo erano avvenuti degli screzi col direttore, perchè questi intendeva che venisse largamente somministrata la « dioradina », una specialità farmaceutica che il dottore Dieupart ricusava di prescrivere, perchè la riteneva inefficace. Dieupart finì per dimettersi ed intentò causa al collega, chiedendo 5000 franchi d'indennizzo pei danni cagionatigli dalla brusca dimissione. Nello svolgimento del processo egli potè dimostrare che il Bernheim era cointeressato allo smercio della dioradina. Ma il Tribunale dette torto al querelante, considerando che in un dispensario privato vige piena libertà nella scelta dei medicinali e che il dipendente deve attenersi alle istruzioni del direttore.

A chi risale la responsabilità della sifilide da baliatico.

Si sono svolte a Parigi due azioni giudiziarie che una balia sifilizzata da un bambino affidatole ha intentato contro i genitori di lui e poi contro il medico che lo aveva dichiarato immune dall'infezione. I Tribunali decisero prima per la irresponsabilità dei genitori, poi per quella del medico, in quanto che la lue era latente così nei genitori come nel bambino; quindi non accordò alla querelante nessun risarcimento di danni. Altre volte la giurisprudenza francese aveva ammesso che, dal momento che la nutrice ha riportato dall' allallattamento un danno, questo deve essere indennizzato da chi, anche involontariamente, lo ha causato. Nel *Paris Médical* (5 gennaio 1913) il dott. Paytel osserva: « questo vuol dire non tener conto del rigore dei principî giuridici, sui quali si basa l'accertamento della responsabilità civile. Poichè condizione necessaria all'esistenza di tale responsabilità è l'elemento volontario d'un abuso di diritto, o — secondo la dizione dell'articolo 383 C. penale — di una imprudenza o d'una negligenza.

« La scienza ammette invece che una persona può essere sifilitica senza saperlo, e può, senza saperlo, trasmettere al proprio figlio tale forma morbosa ».

Rassegna della stampa medica.

Rev. de Chir., 10 mar. GORSE e DUPUICH. « Il cancro della lingua nei giovani ». — GOTTE e ALAMARTINE. « La tubercolosi infiammatoria; sue manifestazioni chirurgiche ». — REGNAULT e BOURRUT-LACOUTURE. « Aneurisma professionale dell'arcata palmare superficiale ».

Gazz. d. Osp., 11 mar. MALAN. « Emorragie gravi dopo ablazione delle tonsille palatine ». — 13 mar. GHEDINI. « Dopo sette anni di sieroreazioni diagnostiche delle elmintiasi ».

Münch. Med. Woch., 11 mar. OBENDORFER. « Le malattie sifilitiche dell'aorta ». — ERNE. « L'esame funzionale del rene con fenolsulfoftaleina ». — CONRADI. « I bacilli difterici nel secreto nasale e faringeo di bambini malsani ». — WITZEL. « Generalità sulla cura delle ernie, in specie sull'eventramento (*hernia permagna*) ». — SPIETHOFF. « Sull'uso terapeutico del siero proprio (auto-sieroterapia) ».

Gaz. d. Hôp., 11 mar. MARIE P. e GOUGEROT. « Ramollimento cerebrale e spandimento meningeo puriforme asettico a polinucleari intatti ».

Le Bull. Méd, 12 mar. HUTINEL. « La sindrome maligna nella scarlattina ».

La Sem. Méd., 12 mar. LÉJARS. « La cura chirurgica delle fratture della rotula ».

La Presse Méd., 12 mars. ROUZAND e CABANIS. « Variazioni della colesterinemia durante la vaccinazione anti-tifoide ».

Wien. Klin. Woch, 13 mar. MATZENAUER. « Il difetto del vetro, nelle iniezioni di salvarsan ». — MÜLLER e STEIN. « La reazione cutanea nella lue » — HEINTZ. « Chirurgia da guerra nel campo turco-montenegrino ».

Gaz. d. Hôp., 13 mar. BITOT e MAURIAC. « Ematemesi da arteriosclerosi gastrica ». — 15 mar. GORSE. « La rachianestesia ».

Deut. Med. Woch., 13 mar. KÜTTNER. « La fistola iomandibolare ». — STRAUSS. « La cura cuprica della tubercolosi esterna ».

Gazz. Med. It., 13 mar. STRADIOTTI. « Sull'attuabilità del pneumotorace terapeutico ».

The Lancet, 15 mar. BERRY. « Chirurgia della tiroide ». — REYNOLDS J. e R. J. « La cura di foruncoli, acni ed altre infezioni con l'acido solforico per via interna ».

Paris Méd., 15 mar. MOREL. « L'insufficienza paratiroidea e sua cura ». — GALLIOT. « Cura del cancro ».

La Rif. Med., 15 mar. SCHIAVONE e TREROTOLI. « Azione dei raggi ultravioletti sui vibrioni del colera e sui bacilli della peste ».

The Boston M. a. S. Journal, 13 mar. TENNEY. « L'ostruzione ureterale ».

La Clin. Ost., 15 mar. LA TORRE. « Delle false gravidanze ».

Annals of Surgery, mar. COLEY. « Miosite ossificante traumatica ». — JACOBSON. « Sul morbo di Basedow ». — JACKSON. « Pericolite mucomembranosa e stati affini della regione ileocecale ».

Riv. Sanitaria, 15 mar. CERADINI. « Sui cosidetti avvelenamenti alimentari ». — MIGLIUCCI. « La capacità giuridica dei frenastenici ».

Rev. de Thér., 15 mar. CHAUFFARD. « Ascesso dissenterico aperto nei bronchi; guarigione ». — LEGUEU. « I corpi estranei in vescica e loro trattamento ».

The Journal A. M. A., 15 mar. DEAVER. « La cura chirurgica al cancro della glandola mammaria ». — BISHOP. « Sulla profilassi dell'arteriosclerosi e delle cardiopatie ».

Journal Méd. Français, 15 mar. « Numero consacrato al gozzo esoftalmico ».

La Semana Méd., 6 mar. PENNA. « Lezione inaugurale ad un corso di epidemiologia tenuto a Buenos Aires ». — RODRIGUEZ. « Subordinazione patogenetica delle dermatosi alle dispepsie ». — 13 mar. CALIGUIRI. « Entero-tifo-colite cronica.

La Tuberc., mar. RONZONI. « Forme attuali di denunzia della tubercolosi »,

Il Morgagni, mar. CORBETTA. « Istogenesi del carcinoma seminifero del testicolo ».

La Clin. Med. Ital., mar. SILVESTRINI. « Il germe patogeno nella meningite cerebro-spinale sporadica ». — MARCONI. « Sulla nuova sieroreazione del Rivalta nelle manifestazioni specifiche dei bambini ».

Ann. di Med. Nav. e Colon., feb. FRANCHINI e MANTOVANI. « Nuovo parassita protozoario in un malato proveniente dal Brasile ». — SESTINI. « Sterilizzazione delle acque potabili con processi di fortuna ».

Riv. crit. di Clin. Med., 15 mar. CANTIERI. « Le sieroreazioni per tifo, paratifi, *bacterium coli* e melitense col siero di sangue malarico ».

Il Movim. Sanit., 15 mar. GOSIO. « Rapporti fra la tubercolosi bovina e la tubercolosi umana ».

Revue Neurol., 15 mar. LÉRI. « Il segno dell'avambraccio ». — NOICA e PAULIAN. « La flessione del ginocchio ». — PASTINE. « Il fenomeno dell'estensione delle dita allo stato normale e patologico ».

L'Igiene della Scuola, mar. TONZIG. « Sulla profilassi delle malattie diffusibili nella scuola ».

La Policlinique, 15 mar. DUMONT. « Forme fruste della malattia di Basedow ».

La Pratica oculist, mar. PRECERUTTI. « La lente radioattiva ».

Le Bull. Méd, 15 mar. KIRMISSON. « L'osteomielite nella prima infanzia ».

Zbl. f. Chir, 15 mar. DEUTSCHLÄNDER. « Anestesia delle articolazioni ». — PAYR. « Tecnica della puntura cerebrale ».

Mediz. Klinik, 16 mar. SACHS. « La miopia e sua cura » — HÜBNER. « Influenza della dieta sulle malattie cutanee ». — BLÜHDORN. « Sull'emostasi ».

Gazz. d. Osp., 16 mar. MONTEFUSCO. « Recidive di difterite e trattamento dei portatori di bacilli difterici ».

Le Scalpel, 16 mar. FAMENNE. « Le turbe mentali consecutive alle infezioni; loro curabilità ».

Klin. ther. Woch, 17 mar. HAUSER. « Miomi e gravidanza ».

Brit. Med. Journ., 15 mar. Numero consacrato alla tossiemia alimentare.

Rev. Clin. de Madrid, 15 mar. DE AZUA. « Acanthosis nigricans ».

Boll. d. Clin, mar. PULVIRENTI. « La leishmaniosi cutanea nelle provincie di Catania e Caltanissetta ». — ROSSI. « Cura della sciatica colle iniezioni di calomelano ».

L'Idrologia, ecc., 2. FONTANA. « Applicazioni della transtermia ». — FURNO. « L'emanazione di radio nelle malattie interne ».

O Polyclinico, mar. ROCHA. « I metodi di percussione ».

Rev. del Circ. Méd. de Córdoba, feb. DUCCESCHI. « La criminalogia moderna ».

La Presse Méd., 15 mar. BERNARD. « Il pneumotorace dei tubercolotici ». — LETULLE. « Diagnosi degli aneurismi dell'aorta ».

Berl. Klin. Woch., 17 mar. LÉPINE R. « I progressi nella terapia del diabete mellito durante gli ultimi 50 anni ». — VALENTIN. « La parotite post-operativa ».

La Prov. Méd., 15 mar. MAUREL. « L'eugenismo ».

Riv. Ospedal., 15 mar. Numero monografico dedicato alle malattie nervose.

Gazz. d. Osp., 18 mar. GARMAGNANO. « L'herpes zoster costale nelle affezioni dell'apparato respiratorio ».

Münch. Med. Woch., 18 mar. GRAVE. « L'albumina nel ricambio del febbricitante ». — KRECKE. « Sull'appendicite cronica ».

Tuberculosa, 18 mar. SAVOIRE. « Il tubercolotico in famiglia ».

La Sem. Méd., 19 mar. BARD. « Confronto del polso esofageo e del polso giugulare in un caso di tumore primitivo dell'orecchietta sinistra ».

La Presse Méd., 19 mar. RECLUS. « Trattamento delle ferite da palle di revolver e di fucili da guerra ». — AIRNES. « Elioterapia delle affezioni non tubercolari ».

Zbl. inn. Med., 22 mar. SOWADE. « Rivista generale di dermosifilidologia ».

Zbl. f. Chir., 22 mar. BASTIANELLI. « Trattamento delle ferite da pielotomia ».

Deut. Med. Woch., 20 mar. FELDT. « La chemoterapia della tubercolosi con l'oro ». — DIBBET, DIESING. « Etiologia del rachitismo ». — LANDAU. « Capsule surrenali e ricambio del grasso ».

Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 mar. TURRETTINI. « Su di un segno precoce della pericardite ».

La Rif. Med., 22 mar. PODDIGHE. « Sulla permeabilità delle pareti intestinali ai batteri e sull'azione protettiva dell'epiploon ».

The Lancet, 22 mar. HALL. « L'aneurisma endotoracico ». — BELL. « Funzioni genitali delle glandole chiuse della donna ». — HERTZ. « Il segno di Bastedo nell'appendicite cronica ». — MAGNAB. « Medicazione ionica dell'herpes zoster ».

Le Bull Méd., 22 mar. PLICQUE. « La cura della sifilide nelle donne incinte ».

Paris Méd., 22 mar. Numero consacrato all'educazione fisica.

Le Progrès Méd., 22 mar. AIMES. « Etiologia e patogenesi dei fibro-miomi uterini ».

Brit. Med. Journ., 22 mar. RAUNIN. « La glicosuria ». — STOCKAM. « I salicilici nel reumatismo acuto ».

Gazz. d. Osp., 23 mar. ALBERTONI. « Contegno e azione degli zuccheri nell'organismo ». — FASANO. « Rare forme di osteomielite ».

Pensiero Med., 23 mar. CATTANI. « Il fremito arterioso o polso vibrante ».

Berl. Klin. Woch., 24 mar. RUBINO. « Cura del morbo di Basedow ». — LEWIN. « Azione dei metalli pesanti nei tumori maligni ». — ADLER. « Sulla chirurgia della cistifellea ».

Gaz. d. Hôp., 22 mar. AUDIBERT e MONGES. « Congestioni polmonari ».

La Presse Méd., 22 mar. PACHON. « Orientazione nuova della sfigmomanometria; la pressione minima; campione sfigmomanometrico ». — KARWACKI. « Le agglutinine locali nella diagnosi della tubercolosi ».

Münch. Mep. Woch., 24 mar. SAUERBRUCH. « La paralisi artificiale del diaframma (frenicotomia) nelle malattie polmonari ». — MORPURGO e DONATI. « Sulla ereditarietà della predisposizione ai tumori maligni ».

Riv. di Patol. nerv. e ment., 2. MAGAUDDA. « Sindromi nervose determinate dagli aneurismi dell'arteria succlavia ».

Klin.-ther. Woch, 24 mar. PORGES. « Sui dolori riflessi nelle malattie interne e sul loro valore diagnostico ».

Riv. crit. di Clin. Med., 22 mar. SICCARDI. « Modificazione nell'eliminazione dell'indacano e dell'uroreseina indotte dal freddo terapeutico ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 8 giugno 1913* **Fasc. 23**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra (1)

per i proff. G. ALESSANDRINI e A. SCALA.

Le ricerche epidemiologiche, fatte da uno di noi (Alessandrini) dal 1909 ad oggi portarono alla conclusione che la pellagra fosse *una malattia nettamente localizzata e si contraesse in quelle determinate zone ove si bevono costantemente acque che nascono da terreni argillosi, o su terreni argillosi scorrono e stagnano.*

Per analogia con alcune malattie parassitarie di animali domestici e per alcune casuali coincidenze di fatti, si suppose che l'agente specifico della pellagra potesse essere un parassita animale del gruppo delle *Filariae.* Però le prime esperienze che uno di noi (Alessandrini) istitui sulle scimmie, mentre confermavano l'origine idrica della malattia, facevano escludere quella parassitaria.

Frattanto all'altro di noi (Scala) venne il sospetto che la pellagra fosse determinata dalla azione di una sostanza minerale, che si poteva trovare, in speciali condizioni, nelle acque che si bevono nelle zone pellagrose.

E seguendo questo nuovo indirizzo chimico, istituimmo e portammo a compimento numerose esperienze, di cui oggi riferiamo i risultati soltanto, rimandando per i dettagli e per i documenti alla memoria che in seguito pubblicheremo.

ETIOLOGIA.

La pellagra, secondo noi, *è l'effetto di un'intossicazione cronica, di cui è causa la silice in soluzione colloidale in acque di determinata composizione* e perciò essa può anche essere definita *una malattia da colloidi minerali.*

L'argilla è la causa prima del male, perchè l'acqua piovana, sia negli strati superficiali, sia

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia medica il 25 maggio 1913.

negli strati profondi del terreno, reagendo su di essa, che è un silicato di alluminio, provoca una idrolisi, da cui si forma acido silicico ed allumina idrata, che, per le condizioni nelle quali avviene l'idrolisi stessa, possono ambedue passare nell'acqua nella forma colloidale. Però si sa che fra silice ed allumina colloidali vi è incompatibilità e che si precipitano a vicenda; per cui nell'acqua rimane solo l'eccesso di silice su quella necessaria per la precipitazione dell'allumina. Ed il composto colloidale silice-allumina, da non confondersi affatto col silicato di alluminio, va a formare il deposito e rimane in parte in sospensione colloidale finissima, da esser causa di quella opalescenza persistente che frequentemente si osserva nelle acque bevute dai pellagrosi.

Dati sperimentali. — Le sostanze prime sperimentate da noi furono: le *acque di alcune zone pellagrose*, mescolate in piccola quantità nei cibi abituali degli animali, scelti per le esperienze; la *silice in soluzione colloidale* e la *silice gelatinosa*, l'una e l'altra per iniezione intraperitoneale e sottocutanea, e per bocca. Gli animali di esperimento furono conigli, cavie, cani e scimmie.

Abbiamo avuto risultati fra loro sempre concordanti, con la differenza solo del tempo maggiore o minore nel quale essi erano raggiunti. Poichè strettissima relazione esiste fra celerità di azione e stati della silice nell'acqua; tra via intraperitoneale, sottocutanea e via orale.

In ogni modo i risultati ottenuti sia per la sintomatologia come per il reperto anatomo-patologico, macroscopico e microscopico, possono ridursi ai seguenti:

Sintomatologia. — Gli animali in principio, meno rari casi di eccezionale gravità, nei quali il deperimento e la morte avvengono in tempo brevissimo, non risentono apparentemente l'azione delle sostanze somministrate; mangiano più del consueto, si conservano vivaci, e spesso aumentano di peso. Ma ben presto il pelo perde la sua lucentezza e cade abbondantemente a chiazze simmetriche; la caduta si inizia per lo più nella regione interna delle coscie, segue nel lato interno dell'arto anteriore, poi nei fianchi, sul petto, ai lati del collo e si estende alla nuca ed alla coda; l'occhio diviene morto, l'appetito diminuisce, anzi scomparisce quasi del tutto; sopraggiungono i disturbi intestinali che sono più apprezzabili nei cani e nelle scimmie, meno nelle cavie e nei conigli. Nei primi spesso vi è diarrea, talvolta anche lievemente sanguinolenta alternata da stitichezza, negli altri invece si hanno periodi con feci normali e periodi con feci piccole, dure, coperte di uno strato di muco denso, bianco; qualche volta striato di sangue.

Seguono poscia i disturbi nervosi che sono svariatissimi; si nota alle volte una sovraeccitazione intensa per la quale, le cavie, in ispecie, di solito tranquille, si agitano per un nonnulla e ad ogni piccolo rumore scattano improvvisamente e corrono qua e là all'impazzata, urtando contro gli ostacoli che si frappongono.

A questo periodo di eccitazione ne segue uno di depressione, durante il quale il corpo è agitato da tremiti generali e l'animale cade come tramortito; solo dopo qualche tempo torna al normale, restando soltanto un po' di iperestesia. Altre volte si ha una vera depressione nervosa, per cui l'animale sta rincantucciato nella parte più oscura della gabbia, con la testa bassa, nascosta sotto la rastrelliera della mangiatoia, per nulla sensibile agli stimoli ed agli incitamenti.

Nei casi più gravi vi è incesso paraparetico-spastico, con tendenza alla retropulsione, paralisi completa del treno posteriore, che può estendersi a quello anteriore. Spesso si nota paralisi del detrusore, come anche alle volte quello dello sfintere vescicale, il che si manifesta, con ritenzione e perdita involontaria di orina. Intanto il peso diminuisce, la magrezza diviene impressionante e spesso fa un marcato contrasto con l'aumentato volume dell'addome che apparisce teso e meteorico.

L'animale giunto a questo stadio può morire con convulsioni clonico-toniche.

Non mancano però casi in cui la morte sopravviene senza apprezzabili disturbi, anzi avendo l'animale in apparenza un aspetto di salute perfetta.

Le alterazioni anatomo-patologiche possono ridursi alle seguenti:

ALTERAZIONI MACROSCOPICHE.

Cute. — Nei punti dove il pelo è caduto a chiazze notiamo eritema più o meno intenso ed anche una forte desquamazione epidermica, che si presenta in forma di lamelle bianco-splendenti più o meno grandi e sottili. La cute sottostante è liscia, biancastra, leggermente atrofica, ed è meno aderente al tessuto sottocutaneo che si atrofizza, per cui la pelle sembra distaccata e si solleva in pliche durevoli. Qualche volta nei punti ove essa è più delicata si stabiliscono pro-

cessi infiammatori e si formano delle piaghe superficiali, precedute da vescicole che confluiscono formando flittene più o meno vaste (scimmie). Non mancano casi in cui si osservano anche macchie talangettasiche.

Le alterazioni cutanee sono più frequenti negli animali a pelame bianco e nei punti dove la pelle è più sottile: petto, lato interno della coscia, ecc., sono mancate ordinariamente in quei cani che furono tenuti entro camera ed in gabbie con pareti chiuse, ove la poca luce proveniva solamente dall'alto.

Tessuto sottocutaneo e muscoli. – Il pannicolo adiposo è scarso, i muscoli pallidi, flaccidi, aridi, appiccaticci. Questa aridità dei tessuti si riscontra anche nelle sierose che per lo più si presentano opache: rarissimamente si ha liquido peritoneale o pericardico.

Organi interni. — Il cuore è flaccido e contiene ordinariamente sangue fluido e chiaro.

I polmoni sono normali.

Il fegato qualche volta ha aspetto normale, spesso è iperemico od anche congesto; si spappola, lasciando scolare sangue in abbondanza.

La milza qualche volta è iperemica con capsula ispessita e con polpa spappolabile; più spesso non presenta alcunchè di anormale.

I reni sono per lo più congesti e presentano talvolta l'aspetto di reni con rigonfiamento torbido.

La capsule surrenali quasi sempre iperemiche e qualche volta con emorragie nella corticale.

Le alterazioni maggiori sono a carico del sistema digerente: la lingua è fortemente arida; l'esofago normale; lo stomaco, anche se vuoto di cibo, è disteso straordinariamente per i gas che vi sono racchiusi e che si trovano anche quando l'autopsia sia fatta immediatamente dopo la morte. Le pareti di questo sono quasi sempre assottigliate a tal punto da divenire trasparenti e facili ad essere lacerata alla minima trazione. La mucosa talvolta ci presenta solamente iperemia, altre volte invece si rinvengono emorragie più o meno estese, sia di vecchia data, sia di data recentissima, emorragie che non di rado interessano tutto lo spessore delle pareti. La regione pilorica non raramente per il suo spessore contrasta con le pareti assottigliate del resto dello stomaco.

Anche l'intestino tenue e crasso qualche volta presentano in tutta la loro estensione un assottigliamento notevolissimo, e divengono trasparenti così da far vedere nell'interno il liquido giallastro che li riempie. Qualche altra volta invece si vedono zone più o meno estese, assottigliate, trasparenti e distese, seguite da altre normali ed anche contratte, di guisa che l'intero intestino assume un aspetto moniliforme, ciò che non si verifica negli animali di controllo.

Il contenuto intestinale è poltaceo, schiumoso, liquido, di colore biancastro o giallastro. Esiste sfaldamento della mucosa a larghi tratti, lasciando scorgere delle zone o chiazze iperemiche, congeste, emorragiche.

Qualche volta nello stomaco, come nel tenue, si osservano delle vere ulcerazioni, varie per grandezza, a margini ispessiti.

Il colon, che spesso è disteso e pieno di gas, presenta zone iperemiche cosparse di punteggiature emorragiche.

Sistema nervoso. — Il sistema nervoso spesso non presenta alcuna alterazione; ma in alcuni casi, specialmente quando la malattia ha durato a lungo, si nota iniezione o congestione vasale nelle meningi e nella sostanza cerebrale ove appariscono anche delle piccole chiazze emorragiche.

Le meningi spinali ed il midollo si presentano iniettati e congesti.

Il midollo delle ossa lunghe è di colore rosso bruno.

ALTERAZIONI MICROSCOPICHE.

Non ci siamo addentrati nello studio microscopico delle lesioni, mancandoci la necessaria competenza; esso è stato già affidato a persona che potrà utilizzare, assai meglio di noi, il materiale raccolto.

In ogni modo, quello che possiamo dire da un esame superficiale è questo: che nella pelle si riscontra notevole sfaldamento della parte cornea, con infiltrazione leucocitaria e con numerosi eosinofili al disotto del corpo mucoso del Malpighi; che nello stomaco si riscontrano iperemie ed emorragie più o meno estese con zone necrotiche e che nell'intestino si osserva intensa iperemia vasale e sfaldamento dell'epitelio, anche quando il pezzo anatomico appartenga ad animale appositamente sacrificato: anche qui, come nello stomaco, si notano emorragie più o meno estese e zone necrotiche.

Questa la sintomatologia, queste le alterazioni macroscopiche e microscopiche che si osservano

negli animali d'esperimento, le quali, se non hanno nulla di caratteristico e di specifico, prese singolarmente, potendosi ottenere anche in altre intossicazioni, costituiscono il quadro classico della pellagra, descritto da tutti gli autori, quando, come ne' nostri casi, si presentano nell'insieme della triade caratteristica.

Ci si osserverà: la silice si trova in tutte le acque potabili, in maggiore o minore quantità eppure queste non sono cause di pellagra, chè se così fosse tutto il mondo dovrebbe essere affetto da questa malattia.

Rispondiamo che non tutte le acque sono pellagrogene, pur contenendo silice, come non tutte le acque, che contengono ossigeno, sciolgono il piombo, pur essendo l'ossigeno la causa essenziale della soluzione di questo metallo. Perchè nell'un caso ci troviamo dinanzi ad una sostanza colloidale già esistente nell'acqua, la silice: nell'altro ad una sostanza colloidale che deve passare nell'acqua, l'ossido idrato di piombo. Ed ambedue possono essere influenzate, in un senso o nell'altro, da certi sali neutri o miscugli di sali neutri in soluzione nelle acque. Questi, nel secondo caso, arrestano o favoriscono la soluzione del piombo, impedendo o favorendo il passaggio nell'acqua dell'ossido idrato colloidale, proveniente dalla soluzione stessa; nel primo caso inibiscono o semplicemente attenuano od esaltano l'azione malefica della silice. Ed i sali che sopratutto agiscono da modificatori benefici (oltre quelli di cui l'azione è poco nota), sono i carbonati alcalini in genere ed il carbonato di calcio in ispecie, che esistono e possono esistere nelle acque potabili, sia da soli, sia uniti ad altri, in proporzioni diverse.

Quindi, dopo avere esperimentato negli animali l'azione della silice colloidale, nell'acqua distillata, abbiamo esperimentato l'azione della silice unita al carbonato di sodio, al carbonato di calcio, sciolto con acido carbonico, al cloruro di sodio, al cloruro di calcio ed all'allumina gelatinosa. Queste sostanze sono state mescolate alla soluzione di silice quando non la coagulavano, sono state iniettate separatamente, ma contemporaneamente, quando la coagulavano.

Da questa seconda serie di esperienze abbiamo avuto i risultati che qui riassumiamo:

Il cloruro di calcio e l'allumina gelatinosa, anche a dosi molto piccole, pare che aggravino l'azione della silice, almeno nelle cavie e nei conigli, accelerando la comparsa dei sintomi del male ed abbreviando il corso del male stesso: il cloruro di sodio pare invece che ne ritardi l'azione: i carbonati di sodio e di calcio neutralizzano assolutamente l'azione malefica della silice. Tanto che animali cui si iniettarono soluzioni di silice e carbonati non solo non presentarono nessun sintomo del male o malessere in vita, ma, sacrificati dopo un lungo periodo di iniezioni, non mostrarono all'autopsia nessuna alterazione caratteristica di quelle già descritte.

PATOGENESI.

La soluzione di silice colloidale, iniettata sotto cute ad un cane che mangiava solo pane comune e beveva acqua Marcia, e di cui si analizzavano le urine raccolte nelle quarantott'ore, è stata causa di una vera *ritenzione di cloruro di sodio.* Difatti, dopo cinque iniezioni, di 1 cmc. in cui erano contenuti gm. 0,007114 di SiO_2, il cloro nelle urine, da una quantità percentuale media di 4,79 è discesa ad 1,348 e dopo quattro iniezioni ancora a 0,638 e nel volume delle 48 ore da 0,798 è disceso rispettivamente a 0,167 e 0,051. Contemporaneamente le sostanze totali in soluzione, da una quantità percentuale media di 39,66, sono salite, dopo cinque iniezioni, a 96,98 e dopo quattro iniezioni ancora, a 144.90 e nel volume totale dell'urina di 48 ore da 6,852 a 12,025 e 11,592 rispettivamente. Queste cifre, che noi spigoliamo dalle non poche analisi, dimostrano non soltanto che vi ha ritenzione di cloruro di sodio, sotto l'azione della silice colloidale, ma che, per questa ritenzione, l'organismo si consuma non poco, ed è in una attività veramente straordinaria.

Se l'uno o l'altro dei fatti, ai quali abbiamo or ora accennato, siano alla dipendenza diretta della silice, o l'uno sia alla dipendenza dell'altro, non possiamo conoscerlo con certezza; però approfittando di fatti già noti, possiamo approssimarci alla realtà, se alla realtà non ci sia dato arrivare.

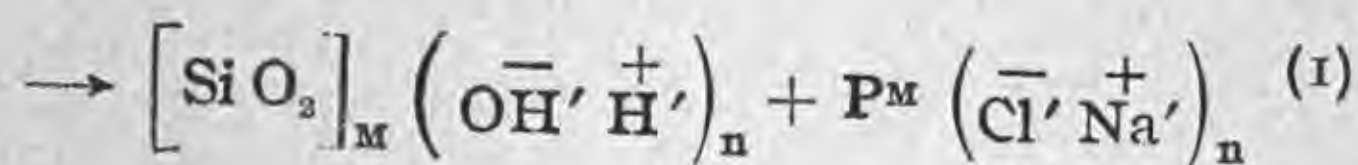
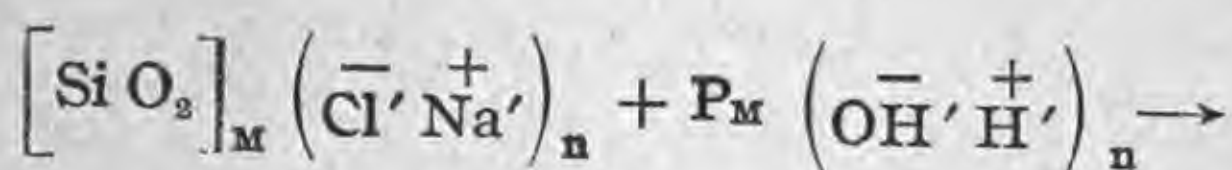
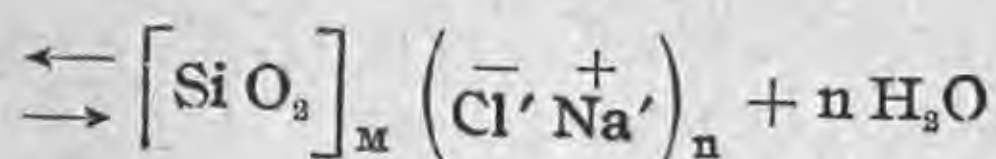
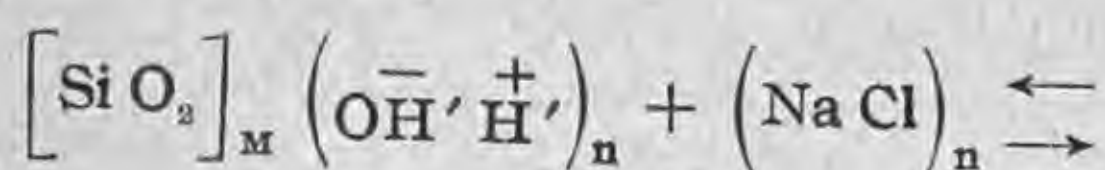
Noi crediamo che la ritenzione del cloro o più propriamente, del cloruro di sodio, sia l'effetto primo dell'azione della silice colloidale sulle sostanze proteiche dei tessuti. In questo caso, la silice agirebbe come una sostanza diastasica che si combina, per reazione colloidale, col cloruro di sodio e lo fissa sulle sostanze proteiche, sosti-

tuendo una o più molecole di acqua in combinazione colloidale con esse:

$$\left[SiO_2\right]_M \left(\overline{OH}'\overset{+}{H}'\right)_n + \left(NaCl\right)_n \rightleftarrows$$

$$\rightleftarrows \left[SiO_2\right]_M \left(\overline{Cl}'\overset{+}{Na}'\right)_n + nH_2O$$

$$\left[SiO_2\right]_M \left(\overline{Cl}'\overset{+}{Na}'\right)_n + P_M \left(\overline{OH}'\overset{+}{H}'\right)_n \longrightarrow$$

$$\longrightarrow \left[SiO_2\right]_M \left(\overline{OH}'\overset{+}{H}'\right)_n + P^M \left(\overline{Cl}'\overset{+}{Na}'\right)_n \quad (1)$$

E che in realtà la silice colloidale si combini con una certa affinità col cloruro di sodio, lo dimostra il fatto che essa si coagula allorchè il cloruro di sodio raggiunge nella soluzione una determinata concentrazione, ovvero quando le micelle, per combinazione col cloruro di sodio, raggiungano un determinato volume e acquistino proprietà colloidali diverse. Perciò, sino a che nei tessuti sussisterà colloide silice, ed in essi pervenga cloruro di sodio, si avrà la persistenza e la stessa successione nelle reazioni. Però la fissazione del cloruro di sodio deve avere un limite, oltre il quale non è possibile di andare: onde lo scarico che periodicamente ed abbondantemente se ne ha per le orine, noto nei pellagrosi, e dimostrato da noi in una cagna alla quale s'iniettava contemporaneamente una soluzione di silice colloidale ed una soluzione di cloruro di sodio 0,5 %. In questa cagna abbiamo avuta una periodicità nella emissione del cloruro di sodio veramente meravigliosa in principio, la quale in seguito si è andata alterando fino quasi a scomparire. Poi la quantità di cloruro di sodio emesso si è elevata di nuovo alla quantità normale, per ivi rimanere o per passare al disopra del normale, come si ha nei pellagrosi. Questa ultima tappa si intravede soltanto, perchè non è stato possibile di mantenere più di 47 giorni in prigione l'animale, in esperienze ad andamento cronico. E la cagna fu sacrificata, presentando all'autopsia le lesioni stesse delle quali abbiamo già reso conto.

Se con ciò si spiega la fissazione del cloruro di sodio sui diversi tessuti ove la silice può penetrare, non si spiega la ragione per la quale il cloruro di sodio stesso, che è pure il sale benefico decantato e conosciuto universalmente, possa produrre i disturbi, le lesioni descritte, vale a dire, se si spiega l'azione primitiva della silice, non si spiega l'azione secondaria.

Eppure crediamo di essere riusciti anche a questo, ricordando i risultati delle esperienze di uno di noi (Scala) in unione colla compianta signora Mengarini, che qui dobbiamo brevemente riassumere per la comprensiane esatta di quanto esporremo in seguito.

Fin dal 1906 fu potuto constatare che i corpuscoli rossi del sangue e le Opaline, esseri monocellulari senza bocca, che vivono nella cloaca della rana, si alteravano profondamente e morivano rapidamente nelle soluzioni isotoniche di cloruro di sodio nell'acqua distillata, e che non si alteravano affatto e rimanevano in vita quando le soluzioni isotoniche di cloruro di sodio, invece che con acqua distillata, si preparavano con le acque potabili di Roma. Ciò condusse al sospetto che il cloruro di sodio da solo, penetrato nell'interno dei corpuscoli rossi, o del corpo delle Opaline, vi producesse tali condizioni chimiche da rendere impossibile la vita. Però non era facile di penetrare nel segreto delle reazioni che dovevano avvenire fra il cloruro di sodio e la sostanza protoplasmatica delle cellule, troppo abituati alla credenza che cotesto sale neutro avesse un ufficio semplicissimo nel nostro organismo, quasi diremmo di presenza, perchè tale s'introduceva e tale si emetteva per le orine e per gli altri escreti o secreti.

Non si badava alle innumerevoli reazioni alle quali egli poteva prender parte, una volta introdotto nell'organismo, ed alle quali aveva preso parte una volta uscito dall'organismo stesso.

E si potè arrivare alla spiegazione dell'effetto malefico del cloruro di sodio sul protoplasma vivente, pensando alla reazione colloidale che pur doveva avvenire fra cloruro di sodio e la sostanza protoplasmatica, da cui, per idrolisi, si doveva liberare *acido cloridrico* o *la sostanza malefica*, che facilmente avrebbe potuto essere eliminata per neutralizzazione con le sostanze alcalino-terrose, contenute nelle acque potabili, oppure con un carbonato alcalino che poteva essere accompagnato al cloruro di sodio.

E la formazione di acido minerale non soltanto si è potuta dimostrare direttamente nelle Opaline con reazione micro-chimica, ma anche si è potuta dedurre dalla formula di reazione che qui sotto riportiamo, mantenendo sempre l'ipotesi emessa da uno di noi (Scala), che lo stato col-

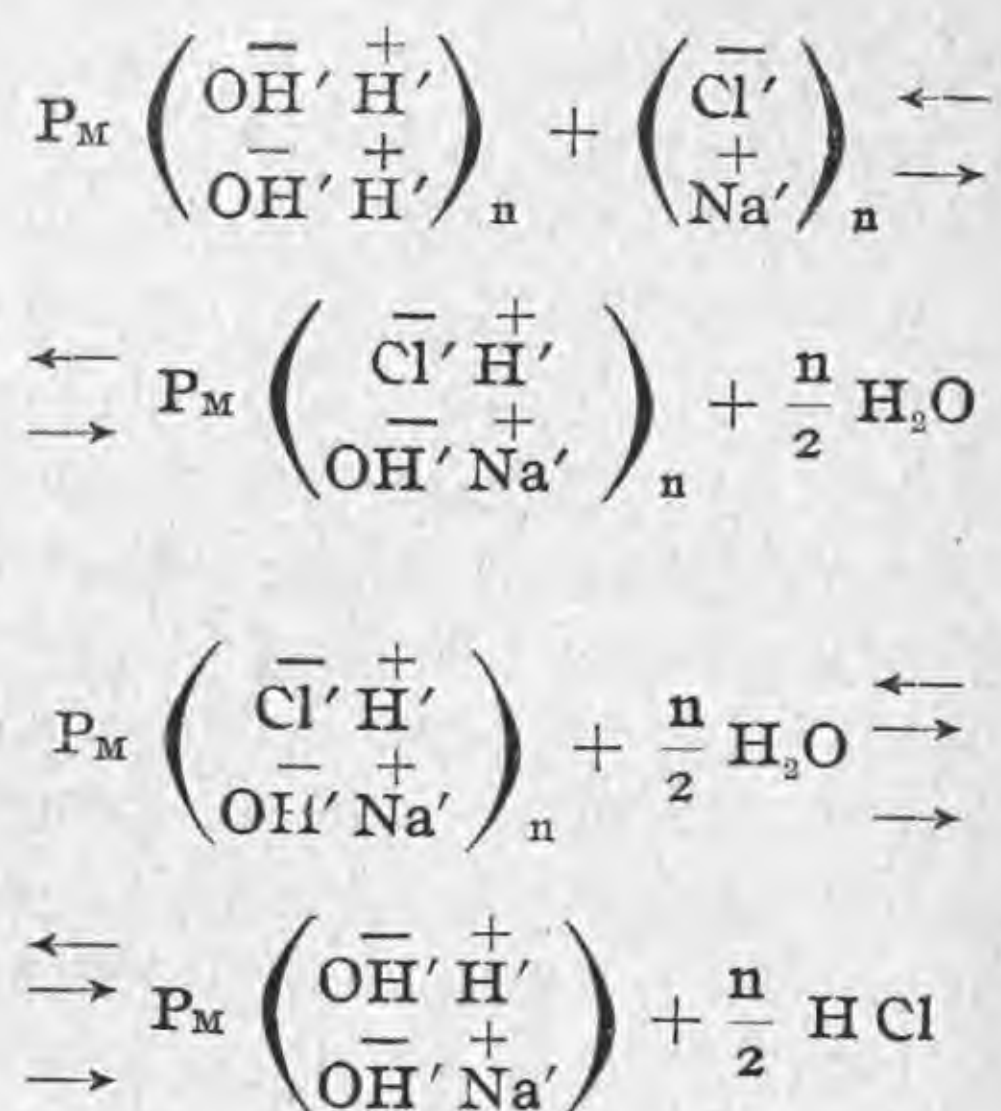
(1) $[SiO_2]_M$ e P_M indicano micelle colloidali di silice e di sostanze proteiche.

loidale della materia risulti dalla combinazione della materia stessa allo stato micellare con l'acqua jonizzata.

$$P_M \begin{pmatrix} \overset{-}{OH'}\,\overset{+}{H'} \\ \overset{-}{OH'}\,\overset{+}{H'} \end{pmatrix}_n + \begin{pmatrix} \overset{-}{Cl'} \\ \overset{+}{Na'} \end{pmatrix}_n \rightleftarrows$$

$$\rightleftarrows P_M \begin{pmatrix} \overset{-}{Cl'}\,\overset{+}{H'} \\ \overset{-}{OH'}\,\overset{+}{Na'} \end{pmatrix}_n + \frac{n}{2} H_2O$$

$$P_M \begin{pmatrix} \overset{-}{Cl'}\,\overset{+}{H'} \\ \overset{-}{OH'}\,\overset{+}{Na'} \end{pmatrix}_n + \frac{n}{2} H_2O \rightleftarrows$$

$$\rightleftarrows P_M \begin{pmatrix} \overset{-}{OH'}\,\overset{+}{H'} \\ \overset{-}{OH'}\,\overset{+}{Na'} \end{pmatrix} + \frac{n}{2} H\,Cl$$

Quindi la combinazione del cloruro di sodio con le micelle colloidali non sarebbe altro che una continuazione dello stato colloidale, in cui una parte più o meno grande degli joni dell'acqua è sostituita dagli joni del sale, per cui si ha una vera deacquificazione del colloide.

E gli animali di esperimento tutti, diciamolo subito, affinchè non ci sfugga un fatto tanto importante, hanno mostrato all' autopsia il segno caratteristico e noto nei pellagrosi, della secchezza delle carni.

In questa combinazione colloidale il gruppo Cl H si comporta nella idrolisi in modo diverso del gruppo OH Na; il primo si idrolizza con velocità maggiore del secondo come da uno di noi (Scala) è stato dimostrato per la combinazione solfato di rame-albumina, apparendo netta la tendenza dei composti di questo tipo a passare dai sodioacidoproteidi ai sodioproteidi o dai cuproacidoproteidi ai cuproproteidi.

Con queste cognizioni e con i fatti acquisiti sull'azione della silice negli animali e specialmente sulla fissazione del cloruro di sodio nei tessuti ci sembra di poter affermare che il maleficio prodotto dalla silice colloidale non sia che secondario ed in relazione con la quantità di acido cloridrico che si è messo in libertà con la idrolisi. Il quale, a contatto dei tessuti e delle sostanze proteiche dei tessuti stessi provocherà una reazione che dovremo dire di difesa, nella quale le sostanze proteiche si dovranno decomporre per dare ammoniaca che neutralizzi l'acido. Onde, la grande quantità di sostanze estrattive nelle orine in opposizione a quella del cloro ed in esse la maggiore quantità di sali ammoniacali. Questi sono stati da noi solo intravisti e non determinati direttamente, per non incorrere nella inesattezza di comprendere nell'ammoniaca di eliminazione quella di fermentazione. E l'abbiamo intravisti perchè la differenza fra la somma degli joni minerali, determinati nell'orina, e le ceneri è maggiore in corrispondenza della quantità maggiore di estratto.

Ma in questa difficoltà, nella quale noi ci siamo trovati, sperimentando sugli animali, ci soccorrono le esperienze di Moreschi, il quale ha potuto dimostrare che la frazione dell'azoto precipitabile con acido fosfotungstico e facilmente liberabile con acido fosforico, è più grande nell'orina dei pellagrosi che in quella dei sani; ovvero in quella vi è una quantità maggiore di azoto nella forma di ammoniaca e di acido carbammico che in questa. Ed il Moreschi ha messo in relazione questa ammoniuria con una intossicazione acida che egli non ha potuto scoprire, ma semplicemente e giustamente intravedere e che noi oggi dimostriamo.

Quindi, la pellagra ha la sua origine in una acidosi minerale che deve essere di grado più elevato di quella che pure si deve avere nelle condizioni di sanità dell'organismo e che potremmo chiamare necessaria e benefica, per la reazione tra cloruro di sodio e sostanze proteiche. Essa acidosi deve essere di grado più elevato perchè è la silice colloidale che fissa cloruro di sodio più del necessario sulle sostanze proteiche dei vari tessuti, da cui una liberazione di acido cloridrico più elevata e la intossicazione acida. Con ciò ci rendiamo conto e spieghiamo la eliminazione esagerata di cloruro di sodio nei pellagrosi che fu interpretata per demineralizzazione e che non è altro se non una eliminazione di quel cloruro di sodio che esageratamente è stato per forza accumulato e che per forza continuamente si accumula. Onde il punto di equilibrio (perchè anche in queste reazioni un equilibrio non può mancare) si sposta in alto e diviene normale per il pellagroso, perdurando sempre le cause che questo equilibrio mantengono.

Non ci è stato possibile, per mancanza di apparecchi di platino, di dimostrare se la silice permanga nei tessuti, contraendo con le sostanze proteiche una combinazione colloidale non reversibile, oppure se si elimini, dopo aver prodotto la sua azione, e sia sostituita da altra che sopraggiunga con le acque potabili. Eppure, questa dimostrazione sarebbe

stata di grande interesse; perchè, nel caso che la silice si elimini rapidamente, si dovrebbe pensare con serietà, per spiegare la esagerata emissione di cloruro di sodio nei pellagrosi, ad una deviazione permanente delle proprietà delle sostanze proteiche causata dalla silice, proprietà che permangono fino a che una nuova causa non le sospinga alla normalità. Non è certo che questa causa si trovi e che quindi il pellagroso si possa guarire. Quel che pare accertato è che la ipercloruria nei pellagrosi migliora quando questi cambiano ambiente ed alimentazione ed essa arriva alla entità quasi fisiologica in vecchi pellagrosi ricoverati nei pellagrosari, pure persistendo i sintomi del male che li angustia. Si deve distinguere, in ogni modo, per rendersi esatto conto di ciò, il pellagroso recente dal pellagroso invecchiato; il primo ha la possibilità di guarire con la semplice cura igienica, il secondo non ha più questa possibilità, perchè nel suo organismo le alterazioni sono arrivate a tale gravità che non si possono più modificare, nell'istesso modo che avviene per altre malattie, fra cui la sifilide.

A questo punto sorge spontanea la domanda se la somministrazione del sale ai pellagrosi sia un danno piuttosto che un beneficio. Le esperienze nella cagna, di cui abbiamo già reso conto, ci dimostrano che non vi è acceleramento del male ed osserviamo un andamento periodico di ritenzione e di eliminazione fino all'equilibrio patologico. Al quale non si arriva se non dopo un tempo piuttosto lungo e vario, in relazione anche della individualità e conseguentemente dei mezzi di difesa maggiori o minori di cui dispone l'organismo intossicato.

Finalmente la cosidetta periodicità della pellagra, che non è altro che periodicità di una manifestazione, poichè il male è perdurante, si spiega molto bene, conosciuta la causa della malattia.

Difatti, l'acido minerale riuscirà tanto più irritante sulle parti, esposte all'aria dell' ambiente e spesso ai raggi diretti del sole, quanto maggiore sia la temperatura dell' ambiente stesso e dei raggi solari e quanto maggiore sia la concentrazione dell'acido nei tessuti. Per la qual cosa, gli eritemi si manifesteranno all' iniziarsi della primavera in quei pellagrosi soltanto nei tessuti dei quali la concentrazione acida è massima ed in seguito, coll'aumentare della temperatura ambiente, in quei pellagrosi nei tessuti dei quali la concentrazione acida è minore. Con ciò non si esclude che cotesta manifestazione si possa avere anche con irregolarità, perchè al difetto di temperatura può sempre supplire l' aumentata attività morbosa e quindi l'aumentata concentrazione acida.

CURA.

Nota la patogenesi, la cura, se pure di cura si può parlare, discendeva da essa: un'acidosi doveva essere curata con un alcali e questa cura abbiamo eseguita sul cane reso malato da noi e ridotto a mal punto, iniettando una soluzione 5 % di citrato trisodico. Abbiamo veduto l'animale rifiorire quasi istantaneamente ed abbiamo visto ritornare le orine alla composizione normale in 16 giorni.

La stessa cura abbiamo eseguita su 9 pellagrosi del territorio di Gualdo Tadino, scelti fra quelli che nelle annate precedenti avevano avuto manifestazioni più gravi. In essi la cura fu praticata escludendo qualsiasi causa di errore; in modo, cioè, che se qualche beneficio doveva da essa derivare, non potesse attribuirsi ad altra causa. I pellagrosi non furono allontanati dalle loro abitazioni, non fu loro modificato per nulla il cibo, nè diminuito il lavoro. Si praticarono giornalmente iniezioni di citrato trisodico dapprima alla dose di un cmc. della soluzione 5 %, poscia della soluzione 10 %.

Il risultato è stato davvero soddisfacente: si ebbe diminuzione e cessazione dei disturbi digestivi (pirosi, eruttazioni, peso, ecc.) aumento di appetito, scomparsa delle vertigini e del senso di sfiducia in loro stessi, aumento notevole delle forze.

Ma, a questi sintomi soggettivi potrebbe attribuirsi un valore relativo se il miglioramento non trasparisse dal loro aspetto e non fosse confermato dall'aumento del peso, che in tutti fu notevole, meno che in uno; dall' aumento nella dinamometria e sopratutto dal fatto che le manifestazioni cutanee, già comparse in quelli che non si sottoposero alla cura, non accennarono e non accennano per nulla a comparire nei nostri malati.

Inoltre in uno dei nostri pellagrosi trattati abbiamo seguito nelle orine il rapporto $\frac{\text{Cl}}{\text{Residuo}}$ 100, ed abbiamo visto che all'inizio, quando ancora il pellagroso non era stato sottoposto ad alcun trattamento e ad alcuna modificazione del tenore della sua vita, il rapporto era di 27,18; passato all'ospedale, per comodità di osservazione, il rapporto si è abbassato a 20,22; tornato nuovamente

alla sua casa ed alle sue abitudini, il rapporto si è elevato a 21,65. Più tardi sottoposto alla nostra cura, pur rimanendo nel suo ambiente e nelle sue abitudiui, il rapporto si è abbassato a 18,58. Ciò dimostra che il cloro eliminato va diminuendo, tenuto conto indirettamente del volume delle orine delle 24 ore colla quantità totale delle sostanze in soluzione, non avendo potuto ottenere direttamente questo volume.

PROFILASSI.

Non ci resta ora che di parlare della profilassi della pellagra, ammesso sempre che la causa della pellagra sia la silice. Ed anche la profilassi discende naturale dalle nostre esperienze. Poichè, se il colloide silice è reso inattivo dai carbonati alcalini e sopratutto dal carbonato di calcio, le acque pellagrogene diverranno innocue, allorchè in esse si immerga e vi si lasci a permanenza un eccesso di carbonato calcare in ciottoli minuti, da potersene saturare.

E tale mezzo ha valore tanto che nelle acque manchino i carbonati alcalini od alcalino-terrosi, tanto che la quantità di questi sia piccola ed insufficiente a neutralizzare l'azione malefica della silice, tanto che in esse acque esistano elettroliti o mescolanze di elettroliti da esaltare l'azione malefica della silice. Perchè, nei tre casi, noi o aggiungiamo l'antidoto che manca o che è insufficiente, o rompiamo colla nuova aggiunta quell'armonia malefica tra silice ed elettroliti, da far cambiare a questa le sue proprietà. E la natura e la scienza dei colloidi ci dicono che questo mezzo non può fallire, sia perchè le acque carbonato-calciche sono sempre innocue, anzi benefiche; sia perchè bene spesso piccole quantità di elettroliti o di mescolanze di elettroliti fanno cambiare grandemente ai colloidi, in genere, le loro proprietà.

Ed uno di noi (Alessandrini) aveva già suggerito l'aggiunta di ciottoli calcari nelle raccolte di cqua di zone pellagrogene, per evitare la sollevazione del fondo limaccioso, in analogia con quello che era stato fatto in altre zone pellagrogene bonificate, senza sapere in realtà che in cotal modo si faceva una profilassi quanto mai razionale e scientifica.

Avremmo voluto accompagnare questo nostro studio coll'analisi di acque di luoghi pellagrogeni per una dimostrazione più serrata e convincente e per presentare anche un tipo di acqua pellagrogena. Però il tempo ci è mancato, essendo necessario, per sola questa parte, un lavoro molto lungo ed accurato, che ci riserviamo per un tempo non lontano.

Frattanto vorremmo che all'opera di bonifica così semplice e così poco costosa, quale è quella da noi suggerita, si arrivasse subito, sia per impedire che nuove persone si ammalino, sia per migliorare le condizioni di quelle che hanno già contratto la malattia, sia ancora per dare una sollecita soddisfazione a noi che abbiamo lavorato attorno a questo argomento, per più anni, con l'ardore che viene dal sapere di compiere un'opera buona e col sacrifizio che solo noi conosciamo e che conosce chi lavora come noi.

E desideriamo che soddisfazione ci sia data, non già per la constatazione semplice della azione della silice sull'organismo animale, ma per la constatazione che la silice sia il vero agente etiologico della pellagra. Per cui domandiamo non solo esperienze di laboratorio, ma esperienze di cura e di profilassi, quali noi abbiamo suggerite ed iniziate, perchè è dall'insieme dei risultati di tutte queste esperienze che dovrà venire la risoluzione di una così grave questione e, nel caso favorevole, la conversione degli scettici e la decisione dei dubbiosi.

Sia lode meritata di questi risultati al prof. Celli, nostro direttore, il quale con intuito sapiente ha voluto che la pellagra fosse studiata nel suo Istituto, mettendo a profitto tutte le Competenze che nell'Istituto stesso egli ha raccolto. Ed i risultati del nostro studio sono tali che, anche prescindendo dalla pellagra, segnano una nuova conquista nell'igiene delle acque potabili, che d'ora innanzi dovranno essere analizzate in modo più completo e segneranno altresì una conquista nella etiologia e terapia di certe malattie, l'origine delle quali è ancora oscura come era oscura quella della pellagra.

Istituto d'Igiene sperimentale di Roma, 22 maggio 1913.

Il fascicolo di giugno 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Giovanni Perez** - Sulle cosidette cisti ossee.

II. **Dott. Ignazio Schincaglia** - Sulla esatta posizione dei corpi estranei nel corpo umano.

III. **Dott. Luigi Vaccari** - Sull'invaginamento intestinale.

IV. **Dott. A. Marassini** - A proposito della memoria del dottor Valentino Barnabò: « Ulteriori ricerche sulla secrezione interna testicolare ».

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

La chirurgia infantile e l'ortopedia nel 1913.

(MOUCHET. *Paris médical*, 1913, n. 1).

L'anno non presenta alcuna scoperta sensazionale. L'attenzione degli ortopedici si è rivolta principalmente alle *paralisi infantili* ed alla *coxa vara*.

PARALISI INFANTILI.

Contro la *sindrome di Little* o rigidità spasmodica congenita, poichè pare che la contrattura risulti da una esagerazione dell'eccitabilità riflessa del midollo, sin dal 1908 Förster ha proposto di *recidere le radici midollari posteriori*, allo scopo di interrompere così la via centripeta del riflesso.

Stoffel invece si dirige alla via centrifuga, e seziona nello spessore stesso dei nervi motori quelle fibre che innervano i singoli muscoli contratturati, o parte di esse: egli riconosce i singoli fasci in base a dati anatomici precisati a questo scopo.

L'A., che ritiene l'*operazione di Stoffel* tecnicamente troppo difficile, e nei suoi risultati tardivi poco sicura, gli preferisce, con la maggior parte degli ortopedici, l'*operazione di Förster*, che tuttavia, data la sua gravità, vuole riservata ai casi in cui fu invano tentata la cura ortopedica abituale.

Da questo processo sono derivati due altri processi, che Hovelacque, nel suo lavoro d'assieme, raccomanda a preferenza del processo originale.

Questo consiste, come è noto, nella ricerca delle radici posteriori e nella loro sezione nell'interno della dura.

Invece Van Gehuchten non ricerca la radice, ma ricerca e seziona un numero variabile dei filetti midollari che compongono la radice, attaccandoli in corrispondenza della loro uscita dal midollo. L'A. ritiene che questo processo, per la sezione lombare della colonna, sia più facile e meno demolitivo.

Per le *sezioni dorsali e cervicali* è preferibile il processo di Guleka, che ricerca le radici posteriori all'uscita dalla dura, risparmiando così la fuoriuscita del liquido cefalorachidiano.

L'A. crede che solo l'avvenire potrà dirci quale di questi processi si debba preferire.

Contro la *paralisi spinale infantile*, oltre al *reimpianto tendineo* o trapianto periosteo (metodo di Lange), che pare vada sempre più prendendo piede a danno dell'anastomosi tendinea (metodo di Nicoladoni-Vulpius), ha attirato l'attenzione degli ortopedici l'*anastomosi nervosa*, secondo le ricerche di Spitzy, Vulpius e Stoffel. Per quanto il numero dei successi non superi, a quel che pare, la metà, è però assodato che questo metodo non compromette la funzione del nervo che fornisce le fibre.

COXA VARA.

Dai risultati del Congresso di chirurgia di Parigi, si potrebbero, eliminando i casi in cui la deformità non è che sintomatica di *una tubercolosi*, di una osteomielite, di una osteite fibrosa o di un'artrite deformante, raggruppare le forme di *coxa vara*, nelle quattro seguenti varietà:

Coxa vara congenita;
Coxa vara rachitica della prima infanzia;
Coxa vara degli adolescenti o *essenziale*;
Coxa vara traumatica.

Quest'ultima sarebbe molto più frequente di quello che prima si credesse, ed il collo del femore potrebbe esser leso da traumi molto lievi, come un passo falso, o una contrazione muscolare.

Ma non se ne deduce che tutte le forme giovanili siano traumatiche, e bisogna conservare la *coxa vara essenziale*, lesione di sovraccarico (*Belastungdeformität*), forma dovuta ad una speciale malleabilità del tessuto osseo, analoga a quella che si riscontra nel *genu valgum* e nel *piede piatto*.

La *coxa vara rachitica* è per lo più bilaterale e si accompagna con altre deformazioni dello scheletro; la *congenita* rappresenta una anomalia di ossificazione, e rappresenterebbe in certo modo una forma attenuata dell'assenza congenita del segmento superiore del femore (Drehmann).

La cura della *coxa vara*, a prescindere dalla preventiva nei traumi (riduzione ed immobilizzazione in abduzione), consiste essenzialmente nel riposo e nell'estensione continua; nei casi gravi nell'osteotomia sottotrocanterica.

DEFORMITÀ CONGENITE.

A prescindere da osservazioni numerose sulle *assenze congenite della tibia e del perone*, dagli studi sulla *scoliosi congenita*, di cui si vanno moltiplicando le osservazioni, da alcune osservazioni interessanti di risultati postoperatori di *spina bifida*, non va segnalato nulla di importante dal punto di vista pratico.

Al Congresso di Parigi Froelich ha insistito sulla opportunita di adottare pel *piede varo equino congenito* un trattamento ortopedico assai precoce e prevalentemente manuale.

CISTI SOLITARIE NON PARASSITARIE DELLE OSSA.

Mikulicz riassume così i caratteri di questa affezione, che egli chiama *Osteodystrophia juvenilis cistica*: malattia del periodo di accrescimento,

che si localizza a preferenza sulle ossa lunghe degli arti, ed in particolare sul bulbo dell'osso, in vicinanza della epifisi più fertile; è una pseudocisti per lo più solitaria, circondata da una zona di osteite fibrosa con rarefazione dell'osso, e senza membrana propria, che si inizia per lo più dopo un trauma, ha natura benigna e non recidiva, nè dà metastasi.

Con probabilità il trauma non fa che rivelarla: e dobbiamo riconoscere che la causa ci sfugge completamente; forse vi hanno una parte importante le glandole a secrezione interna (tiroide, paratiroidi, ipofisi e surrenali).

FRATTURE.

Dall'importante lavoro di Treves sulle *fratture del gomito nel fanciullo*, si deduce:

che le *fratture dell'epitroclea* hanno la prognosi migliore e non richiedono quasi mai un intervento;

che le *fratture del condilo esterno*, se sono senza spostamento, (in un terzo dei casi) non si accompagnano con disturbo funzionale: ma se sono accompagnate da spostamento, e specialmente da rotazione in fuori del frammento, possono dare la limitazione dei movimenti, e rendere talora necessario un intervento cruento (estirpazione).

Va notato come in casi di fratture del condilo esterno, si possa, dopo lungo tempo, produrre il *cubito valgo*, e come conseguenza la *paralisi tardiva del cubitale*, compresso nella sua doccia.

Per ciò che riguarda le fratture sopracondiloidee, esse dànno un risultato anatomico perfetto, quando sono *incomplete*, o senza *spostamento*; ma nel caso contrario hanno risultato in generale poco soddisfacente. Purtuttavia a meno di complicazioni nervose la tendenza attuale è di attendere prima di intervenire e, in caso di complicazioni esperimentare prima la cura elettrica.

Poichè la linea di frattura trovasi più alta della cartilagine di coniugazione, col tempo la punta del frammento superiore, che ostacolava i movimenti, si allontana dalla linea articolare, e quindi l'ostacolo diminuisce.

A ciò si aggiunge che a poco a poco, coi diversi movimenti, si fa un vero modellamento delle ossa.

Una *questione importante*, ma non risoluta, è quella della interpretazione di numerosi documenti radiografici, in cui taluni hanno voluto riconoscere una frattura della tuberosità anteriore della tibia, mentre per altri si tratterebbe di una osteoperiostite dell'apofisi, o di disturbi della sua ossificazione

ANCA A SCATTO.

Ne sono state distinte due varietà: una *articolare*, più rara, sublussazione intermittente della testa del femore; ed una *periarticolare*, in cui si tratta invece dello scatto prodottosi dal passaggio del grande gluteo, o della bandelletta di Maissiat (*tractus ileo* o *cristofemoralis*) sulla faccia esterna del gran trocantere.

Per la *malattia di Volkmann*, o retrazione ischemica dei muscoli dell'avambraccio, Berger ha proposto la resezione delle due ossa dell'avambraccio, ma conviene prima esperimentare la meccanoterapia e la trazione continua, se è sopportata (Delbet).

TERAPIA.

Lasciando da parte il *raddrizzamento manuale del ginocchio valgo*, che Ghillini ha cercato di rimettere in onore; ed i due processi proposti per la cura dell'*estrofia vescicale* da Cuneo (impianto del trigono in un'ansa del tenue esclusa e trapiantata in vicinanza dell'ano) e da Heitz-Boyer-Hovelacque (trapianto nel retto, separazione del colon che viene abbassato), ci fermeremo a parlare dei

Trapianti ossei. — Il materiale più opportuno è l'osso fresco tolto al paziente medesimo o ad un altro uomo: il saldamento dell'osso è lento e talora ad una od all'altra delle due estremità si verifica una pseudoartrosi.

Vi è un caso di Mac Ewen (1878) in cui si sarebbe innestato un pezzo di cartilagine di coniugazione che avrebbe continuato a crescere; ma tranne questo caso dubbio, ora non si ammette che l'osso innestato sopravviva e continui a crescere. Esso serve invece come substrato meccanico e come eccitatore alla formazione del nuovo osso.

Non è necessario innestare anche il periostio, ma pare sia utile, perchè esso facilita la formazione delle nuove connessioni vasali.

Scoliosi. — È importante il trattamento proposto da Abott. Facendo inclinare fortemente in avanti il tronco di un fanciullo, colpito da scoliosi, riesce agevole correggere la rotazione delle vertebre, tirando in avanti la spalla del lato opposto alla sporgenza costale e premendo fortemente sulle costole.

Si applica allora un apparecchio gessato, che, prendendo appoggio sulle creste iliache, le spine ed il sacro, sale sino alle spalle. Si tiene in posto sei settimane, dopo di che si è ottenuta la correzione, che viene mantenuta da un trattamento ginnastico e da un corsetto amovibile.

È un processo che merita d'essere sperimentato.

Va ricordato anche che nell'anno sono state pubblicate varie osservazioni in favore dell'elioterapia per la cura della tubercolosi ossea. GASPARRO.

MEDICINA.

La spondilite tifica.

(WEISSEMBACH e BONHOURE. *Gazette des Hôpit.*, n. 128, 1912).

La malattia che va sotto questo nome fu descritta la prima volta nel 1889 dall'americano Gibney. Da allora i casi descritti sono un centinaio. In Italia fu osservato un solo caso dal Bonardi nel 1901 (*Clinica med. ital.*, 1901, pag. 258).

Etiologia. — La spondilite tifica fu riscontrata da Halpney una sola volta in 1800 casi di febbre tifoide; è però difficile rendersi un conto esatto della sua frequenza, per il fatto che è conosciuta da poco tempo; perciò può andare confusa con altre malattie.

Riguardo all'età, si sono avuti casi tanto in bambini di 8 anni, che in adulti di 56. La frequenza maggiore si ha nel periodo in cui è più facile l'infezione tifoide, cioè dai 15 ai 35 anni (75 % dei casi).

La spondilite appare più frequentemente durante la convalescenza della febbre tifoidea (65 %), meno durante il corso della infezione; rarissimamente la precede. Può anche manifestarsi parecchi mesi dopo, data la lunga vitalità del bacillo Eberthiano nel tessuto osseo.

Il più delle volte la sua comparsa non è dovuta ad alcuna causa occasionale: frequentemente trova la sua origine in un trauma. Qualche volta è comparsa in individui già affetti da antiche deformazioni della colonna vertebrale (scoliosi).

Nell'80 per cento dei casi la lesione ha sede nella regione lombare; solo in 2 casi fu descritta una spondilite cervicale ; raramente è colpita la regione dorsale.

Sintomatologia. — Il quadro clinico è dominato dal sintomo *dolore*, che appare alle volte lentamente, alle volte bruscamente, nella regione vertebrale colpita. Si tratta di un dolore violento, esacerbantesi al minimo movimento, specialmente nel sonno; dolore che non cede ad alcun analgesico o rivulsivo, e si attenua soltanto col riposo della colonna vertebrale.

Il dolore può anche apparire in sede diversa, e cioè nella regione epigastrica, nell'anca, negli arti inferiori, lungo il tragitto dei nervi intercostali, simulando così il dolore a cintura (sindrome radicolare).

All'esame obiettivo della regione colpita, si trova costantemente una deviazione della colonna vertebrale, sia in senso antero-posteriore, fino ad un grado tale da formare il *gibbus*, sia in senso laterale, con la concavità rivolta verso il lato in cui i dolori sono più intensi. Questa scoliosi compare solo quando esiste contrattura muscolare, o unilaterale, o più accentuata da un lato, e scompare con essa.

La contrattura dei muscoli delle docce vertebrali, causa della rigidità della colonna vertebrale, è quasi costante, e va di pari passo, sia per intensità, che per durata, col sintomo dolore. Qualche volta, forse per un fenomeno riflesso, forse anche per reazione di difesa, fu notata contrattura dei muscoli addominali.

All'esplorazione della colonna vertebrale si constata che il dolore è localizzato più intensamente lungo le apofisi spinose di alcune vertebre. Frequentemente riesce anche dolorosa la pressione delle apofisi trasverse. Qualche autore è riuscito a constatare la presenza del dolore, facendo pressione sulla faccia anteriore delle vertebre, attraverso le pareti addominali.

Poche volte si è constatata una tumefazione delle parti molli corrispondenti alla regione vertebrale colpita. Oltre a questi sintomi osteo-articolari, mancano raramente, nella spondilite tifica, sintomi radicolari.

Si hanno, infatti, anche dolori in sede diversa da quella ove esiste l'affezione vertebrale, come si è detto sopra; disturbi di sensibilità consistenti in zone d'iperestesia nella regione addominale e negli arti con disposizione nettamente radicolare, e che dànno luogo più tardi ad iperestesie; esagerazione dei riflessi rotulei ed achillei, con clono del piede in qualche caso.

Non si è mai notato Babinski. In casi molto gravi si è osservata la scomparsa del riflesso rotuleo, associata a paresi degli arti inferiori, alterazioni di moto e trofiche, disturbi negli sfinteri.

La temperatura è di solito elevata nei primi giorni (fino a 38°, 39°) e compare ad ogni esacerbazione del male.

In quasi tutti i casi è stata trovata positiva la prova del Widal, e negativo l'esame culturale del sangue.

Alcuni degli autori che praticarono la puntura lombare osservarono una ipertensione del liquido ed aumento di albumina. Riuscì del pari negativo l'esame culturale.

Decorso - Prognosi. — Il decorso è lento o subacuto, essenzialmente capriccioso per le continue esacerbazioni e miglierie. Esso varia per lo più

da tre mesi fino ad un anno, ed al massimo a due anni.

Il più delle volte la malattia si risolve lasciando come esito una rigidità più o meno grave della colonna vertebrale. In pochi casi si è osservata suppurazione delle vertebre. In generale può dirsi che la spondilite costituisce una complicazione benigna della febbre tifoide.

Esame radiografico. — Lo studio con i raggi Röentgen ha grandissima importanza poichè, nella maggioranza dei casi, si riscontrano alterazioni che non esistono in altre malattie del rachide.

Queste lesioni risiedono nel disco intervertebrale - nel tessuto perivertebrale, e nei corpi vertebrali,

La lesione dei dischi è più costante. Nella colonna vertebrale, invece di apparire spazi alternativamente scuri e bianchi, corrispondenti alle vertebre ed ai dischi, si osserva una massa unica scura, costituita dall'unione di due o tre vertebre, come se i dischi si fossero usurati, sia in tutta la loro estensione, che da un solo lato. In questo ultimo caso esiste una deviazione della colonna vertebrale, che non è dovuta alla contrattura muscolare. Quando è colpito il tessuto perivertebrale, le apofisi trasverse, i legamenti, i corpi vertebrali, appaiono inglobati in una zona di ossificazione diffusa, a contorni imprecisi.

Meno costanti sono le lesioni dei corpi vertebrali, e consistono in un aumento d'opacità nella porzione a contatto con i dischi: i contorni dei corpi sono, inoltre, irregolari e mal definiti. Eccezionalmente vi è rarefazione del tessuto osseo.

Anatomia patologica - Patogenesi. — L'anatomia patologica è poco conosciuta perchè pochi sono stati i casi osservati all'autopsia. Solo lo studio radiografico in serie ci può dare importanti nozioni sulla sede, estensione, ed evoluzione delle lesioni. Le alterazioni della spondilite tifica sono identiche a quelle che si osservano nelle altre ossa quando sono attaccate dal b. d'Eberth. Si tratta di osteoperiostiti acute che, o si risolvono senza lasciare alterazioni permanenti, o si evolvono producendo iperostosi, o venendo in suppurazione. Queste lesioni infiammatorie attaccano, come abbiamo detto, oltre ai corpi, i dischi, i legamenti ed i tessuti perivertebrali, spiegando così la sindrome che si osserva: i punti ossei dolorosi nella rachide e contratture muscolari. I sintomi radicolari sono dovuti alla compressione o irritazione che sulle radici esercitano i tessuti infiammati vicini.

Quando il processo infiammatorio è molto acuto, può estendersi alla dura madre ed al tessuto epidurale, producendo disturbi midollari.

Pur non essendo stato ancora direttamente dimostrato, per mezzo delle culture, la presenza del b. d'Eberth nei focolai di spondilite tifica, essa è da ammettersi per analogia a quanto si è constatato alle corrispondenti osteoperiostiti delle altre ossa. Questo bacillo però non è il solo capace di produrre la spondilite: si sono, infatti, osservati casi in convalescenti da infezione dovuta a paratifo o a paracoli.

Diagnosi. — Quando la spondilite appare durante il decorso o nella convalescenza della febbre tifoide, la diagnosi è facile, per poco che si ponga mente al quadro sintomatico tipico, e cioè: punti ossei dolorosi su una o più vertebre, rigidità del rachide, contrattura muscolare, scoliosi.

Nella *lumbago* si hanno dolori muscolari, non ossei, che scompaiono presto con la cura.

Nella *nevralgia ischiatica*, il dolore raramente sorge all'improvviso, ed è limitato al territorio innervato dallo sciatico. Oltre a ciò si possono constatare i punti di Valleix ed il sintomo di Lasègue. La scoliosi nella sciatica presenta ordinariamente la concavità rivolta al lato opposto a quello ove il nervo è malato, mentre nella spoondilite è omologa. Nella spondilite la contrattura esiste da un solo lato, o è prevalente da un lato, mentre la sciatica che compare dopo le infezioni tifiche è per lo più bilaterale.

Nelle *psoiti* l'arto assume una posizione caratteristica (flessione e rotazione esterna).

Nelle *artriti sacro-iliache*, con la compressione delle creste iliache verso la linea sacrale mediana, il dolore viene facilmente localizzato a livello dell'articolazione delle due ossa.

Nei casi in cui, per la prevalenza di sintomi nervosi, uniti alla rigidità vertebrale, si può avere il dubbio che si tratti d'una *meningite* o *mielite*, l'assenza di reazione cellulare nel liquido cefalorachideo, permette di escludere ogni idea di affezione midollare o meningea.

Nel *morbo di Pott* la sindrome non compare mai così bruscamente ed in modo così acuto come nella spondilite tifica. Nei casi di tubercolosi vertebrale che insorgono, in apparenza, bruscamente, l'esame radioscopico mostrerà rarefazioni ossee, segno questo che la lesione esisteva latente già da molto tempo. Nella spondilite invece l'esame radiografico nei primi stadi non mostra alcuna

alterazione; quelle che compaiono in seguito, sono poi come abbiamo visto, del tutto differenti.

Nell'*osteomielite vertebrale*, affezione molto rara, i fenomeni locali sono intensi, con edema dei tessuti cutanei e segni di raccolta purulenta. La gravità estrema dei sintomi generali, e la rapida evoluzione, escludono qualsiasi confusione con la spondilite tifica.

L'*osteoartrite reumatica acuta* raramente compare da sola, essendo spesso accompagnata da manifestazioni in altre articolazioni.

Più facile è l'errore di diagnosi nei casi in cui il medico ignori che il paziente ha sofferto di infezione tifoidea: il più delle volte si pensa al Pott. In questi casi ha grande importanza la sierodiagnosi di Widal.

Cura. — Il solo mezzo di cura efficace è l'immobilizzazione in buona posizione della colonna vertebrale, che deve essere fatta al più presto possibile, mediante l'estensione continua ed il busto « platré ».

I dolori non cedono che alla morfina.

Cessato il periodo acuto, per far scomparire la rigidità vertebrale, sono utili il massaggio e gli esercizi di mobilizzazione. S. DIEZ.

OSTETRICIA.

Sull' impiego degli estratti ipofisari in ostetricia.

(CESARE CROCI. *La Ginecologia*, 15 settembre 1912, pubblicato il 15 gennaio 1913).

Da tempo era stato notato che, nella gravidanza, l'ipofisi ingrossa di peso e volume, e che l'estratto della ghiandola, iniettato negli animali innalza la pressione arteriosa e aumenta la diuresi.

Nel 1906 H. H. Dale, iniettando in coniglio l'estratto della porzione posteriore dell'ipofisi, provocò delle contrazioni uterine. Il risultato venne confermato da v. Frankl-Hochwart e da A. Fröhlich nel 1909 usando la pituitrina.

Blair Bell alla fine dello stesso anno riferisce due casi di taglio cesareo nei quali una iniezione di estratto ridusse l'utero come una palla anemica. Ebbe lo stesso successo in tre casi di emorragia *post-partum* da atonia.

Nel 1910 Foges e Hofstätter usarono la pituitrina in 63 casi, ed in 59 constatarono che l'utero, prima assolutamente atonico, rispose con potenti contrazioni al più lieve massaggio addominale. La usarono anche in 6 casi di taglio cesareo extraperitoneale con risultati anche più evidenti.

Questi risultati furono largamente confermati da numerose pubblicazioni specialmente in Germania.

Solamente qualche autore non è d'accordo con gli altri, ma ciò è forse da attribuirsi al fatto di aver essi usato l'estratto dell'intera glandula e averlo somministrato per via gastrica.

In Italia, Sacchi ha confermato che usando il pituglandol ha osservato costantemente il rafforzamento delle contrazioni uterine quando erano deboli e l'insorgenza di esse quando queste mancavano. Ha confermato i risultati di molti autori stranieri, e cioè che si ha un effetto spiccato solo a termine di gravidanza e non prima.

Ballerini, Gardini, G. D. Pestalozza, Basso, hanno avuto analoghi risultati confermando l'assoluta fallacità degli estratti fuori del pericolo di travaglio, e la maggiore efficacia.

L'A. ha eseguito degli esperimenti nella Clinica di Roma. Egli ha usato la pituitrina (Parke e Davis) e il pituglandol (Hoffmann-La Roche) dal quale ultimo preparato ebbe effetti migliori per sollecitudine e sicurezza.

Trattò 42 casi, l'indicazione fu sempre l'inerzia.

I risultati furono i seguenti:

Le contrazioni uterine insorgono da 3 a 5 minuti dopo l'iniezione di pituglandol, più tardi con la pituitrina; esse sono più energiche, più dolorose e di maggior durata. Si succedono a regolari intervalli di 3 o 4 minuti, e tali si mantengono per 30-40 minuti; se in questo tempo non si è espletato il parto si diradano fino a cessare un'ora o al più un'ora e mezzo dopo l'iniezione. Non ha mai notato contrazioni tumultuose o tetania dell'utero.

Non notò mai effetti dannosi per il feto, non avendo mai il battito cardiaco fetale rivelato segni di sofferenza tranne in un caso in cui la sofferenza preesisteva. In due casi ebbe cianosi del feto e in uno lieve asfissia in breve tempo scomparsa.

Anche per la madre non ebbe mai a verificare azione nociva, anche praticando più di una iniezione.

L'esame delle orine non rilevò mai perturbazione della funzione renale. Non praticò mai le iniezioni in albuminuriche e nefritiche per l'azione ipertensiva del preparato, malgrado alcuni AA. lo abbiano adoperato, in casi di eclampsia, senza inconvenienti.

Il secondamento non fu mai disturbato; non notò emorragie *post-partum* anche lievi, quando in quel periodo era ancora sensibile l'azione del farmaco.

Le iniezioni praticate in periodo dilatante furono meno efficaci di quelle praticate in periodo espulsivo e la loro efficacia fu anche maggiore nelle ultime fasi di esso.

L'A. ammette che il preparato perde, invecchiando, ogni azione, e difatti tutte le fiale contenute in una scatola furono assolutamente inefficaci; come pure che il successo è più facile nelle pluripare che non nelle primipare, come nelle donne magre che non nelle grasse.

Egli ha usato il pituglandol in 4 casi di aborto; in due di questi, a travaglio già avviato ebbe l'effetto ed in breve tempo si ottenne l'espulsione spontanea dell'uovo; negli altri due in cui mancavano assolutamente le contrazioni non si riuscì a risvegliarle.

Per la provocazione del parto, due casi, l'iniezione fu assolutamente inattiva, mentre dipoi fu di gran vantaggio quando il travaglio era stato determinato con candelette di Krause o pallone di Champetier.

Durante il parto normale fu sperimentato il preparato in 7 casi in periodo dilatante ed in tre di questi il successo fu completo, essendosi in breve tempo completata la dilatazione ed espletato il parto; in altri 3 casi l'azione fu scarsa, ma tale però da facilitare di molto l'intervento operativo; in uno poi si dovè precipitare l'intervento stesso, essendosi, in seguito all'iniezione, aggravata la preesistente sofferenza fetale. In 14 casi di periodo espulsivo si ebbe ottimo risultato in 9, negli altri 5 si dovè ricorrere all'intervento strumentale.

Molto interessanti e probativi sono infine i 12 casi di taglio cesareo nei quali l'iniezione venne praticato qualche minuto prima dell'intervento. L'A. ha notato che oltre il rafforzarsi delle contrazioni, la superficie di taglio era poco o nulla emorragica, e che la retrazione e contrazione dell'utero dopo svuotato era validissima e assicurava una perfetta emostasi; in un solo di questi casi notò una discreta emorragia dal punto di inserzione placentare. Ha pure osservato che la emostasi era più perfetta nei casi in cui si era praticata l'anestesia lombare che non in quelli nei quali si era praticata la narcosi cloroformica.

Da quanto è stato esposto l'A. trae le seguenti conclusioni:

1° l'estratto ipofisario è veramente dotato di potere ecbolico;

2° l'iniezione è indolora e scevra da inconvenienti; non è dannosa nè per la madre nè per il feto anche a dosi ripetute;

3° la sua azione è nulla per provocare l'aborto o il parto prematuro;

4° i risultati migliori si ottengono più nelle pluripare che non nelle primipare, in periodo espulsivo più che nel dilatante;

5° non disturba il secondamento;

6° non favorisce le emorragie *post-partum*;

7° è prezioso nel taglio cesareo per ridurre al minimo l'emorragia.

F. BAFFONI-LUCIANI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Genova
diretto dal Sen. Prof. E. MARAGLIANO.

Sopra un caso di aneurisma saccato dell'aorta toracica

per il prof. G. ROMANELLI, libero docente.

S... G..., d'anni 41, materassaio, celibe, da Assisi.

Gentilizio puro.

Anamnesi remota. — Non ricorda d'aver sofferto le comuni malattie dell'infanzia. Da bambino sofferse d'incontinenza d'urina sino all'età di 9 anni. A 29 anni contrasse un'infezione sifilitica, che curò per poco tempo con iniezioni mercuriali. Dal 1900 al 1907 andò soggetto a disturbi intestinali caratterizzati da periodi di stitichezza che si alternavano con periodi di diarrea, nei quali le scariche alvine rivestite di muco ascendevano al numero di 15-20 al giorno precedute ed accompagnate da dolori.

Fu forte bevitore di vino e liquori, modico fumatore e mangiatore.

Anamnesi prossima. — L'attuale malattia esordì gradatamente nel maggio 1911 con dolori alle spalle e lieve tosse, specialmente al mattino ed alla sera, non seguita però da espettorazione. Tali disturbi scomparvero dopo un mese circa per riapparire più intensi al principio del mese di settembre dello stesso anno. I dolori furono sempre vaghi, al dire dell'infermo, senza che presentassero un punto di maggiore intensità.

A questi fatti gradatamente si aggiunse prima un senso di peso e poscia un vero dolore all'epigastrio con bruciore, dolore continuo, ma che si esacerbava nelle ore della sera e con la pressione, mentre che esso si alleviava con l'ingestione dei cibi. Il 15 dicembre 1911 il paziente improvvisamente, senza causa apprezzabile, venne colto da colpi di tosse piuttosto stizzosa durante i quali emise circa 500 cc. di sangue rosso rutilante; il 22 dicembre, sempre preceduto da tosse, emise la stessa quantità di sangue insieme a grossi coa-

guli di color nerastro; il 6 gennaio 1912 terza emissione di sangue, ma questa volta nerastro; e, finalmente, verso la fine di gennaio e durante il mese di febbraio ripetute perdite sanguigne, sempre meno abbondanti e costituite da sangue scuro e da coaguli nerastri. Per tali fatti l'infermo si decise di riparare in clinica il 1° marzo 1912.

Stato dell'infermo all'ingresso in Clinica:

Temperatura 36°.8: polso 88; respirazioni 26.

Aspetto generale del paziente deperito, costituzione gracile, sistema osseo normalmente sviluppato, masse muscolari flaccide, pannicolo adiposo scarso, vene sottocutanee visibili, colorito della cute e delle mucose visibili pallido, sensorio integro.

Apparato ghiandolare. — Sono palpabili al collo ed alle regioni inguinali piccoli acini ghiandolari, spostabili, indolenti, di consistenza duro elastici. Esistono gangli epitrocleari.

Apparato respiratorio. — Torace cilindro-conico scarno, con fosse sopra e sottoclavicolari assai pronunziate, con scapole alate. L'emitorace sinistro si *espande* molto *meno* dell'omonimo di destra ed è *più ampio*. Esiste notevole *diminuzione* a sinistra in alto del fremito vocale tattile, il quale è *completamente abolito* dalla 7ª costola in giù posteriormente.

La *pressione* in corrispondenza degli ultimi spazi intercostali di sinistra è alquanto dolorosa: così, pure, un *punto di particolare dolorabilità* vien dato dalla *pressione della* 5ª *e* 6ª *vertebra dorsale*.

Con la percussione su tutto l'ambito dell'emitorace sinistro, meno che in corrispondenza dell'apice (dove esiste suono timpanico) si ha suono ottuso. Percuotendo posteriormente lungo il 5° e 6° spazio intercostale in linea orizzontale dall'esterno verso l'interno si nota che il suono ottuso non è uniforme, giacchè diminuisce d'intensità procedendo verso la colonna vertebrale. La ottusità suddescritta è pochissimo mobile.

All'ascoltazione esiste diminuzione del mormorio vescicolare in corrispondenza del lobo superiore del polmone sinistro: silenzio respiratorio in basso. La voce pronunziata a timbro normale si ascolta fortemente indebolita dal 2° spazio intercostale in giù: più in alto non esiste *egofonia*. La parola *trentatrè* pronunciata a voce afona viene percepita nella regione sottascellare sinistra indistintamente come un bisbiglio.

L'infermo ha tosse stizzosa emettendo scarso espettorato per la massima parte emorragico, a volte muco-purulento alquanto fetido e contenente grumi sanguigni.

Apparato circolatorio. — Itto della punta nel 5° spazio intercostale sinistro all'interno della emiclaveare prolungata, ampio da essere coperto dal polpastrello dell'indice. È poco spostabile, ritmico sistolico, frequente, debole. Cuore in limiti normali, leggermente spostato a destra. Toni normali in tutti i focolai: leggermente accentuato il 2° tono sulla polmonare. Arterie periferiche alquanto indurite. Polso regolare, ritmico, frequente.

Esiste *ricorrenza palmare*. Non esiste differenza di ampiezza e di sincronismo fra le varie arterie periferiche e tra queste e l'itto della punta. Si nota un leggerissimo accenno al *fenomeno Oliver-Cardarelli*.

Apparato digerente. — Appetito normale. L'infermo avverte senso di pienezza alla regione gastrica. Inoltre avverte *dolori trafittivi all'epigastrio*, irradiantisi specialmente a sinistra, i quali non sono in relazione coi pasti e con la posizione dell'individuo. Tali dolori sono spontanei e si esacerbano con la pressione. Addome trattabile. Non esistono zone di ottusità nei vari quadranti dell'addome. Area semilunare di Traube normale.

Alvo regolare.

Organi ipocondriaci in confini normali.

Apparato genito-urinario normale.

Apparato nervoso anch'esso normale.

Indagini praticate sull'infermo durante la sua degenza in Clinica:

1) Capacità respiratoria cmc. 2500.

2) Forza inspiratoria mm 36: forza espiratoria mm. 50.

3) *Esame microscopico dell'espettorato*. — Globuli rossi per lo più ben conservati: leucociti prevalentemente polinucleati ed in degenerazione granulo-adiposa; filamenti di muco; cellule pavimentose del cavo ovale ed epiteli delle vie aeree superiori; epiteli della mucosa bronchiale; numerosi germi boccali (cocchi piogeni). Assenza di epiteli alveolari, di fibre elastiche, di cellule neoplastiche e del bacillo tubercolare.

4) Cutireazione ed oftalmoreazione tubercolare = negative.

5) Iniezione sottocutanea di tubercolina (da 1 a 3 milligr.) = nessuna reazione termica.

6) *Puntura esplorativa del torace*. — Con la puntura esplorativa fatta nell'8° spazio intercostale sinistro lungo l'angolare della scapola si attingono 2 c.c. di liquido schiettamente ematico, di color rosso cupo, di densità 1030, che lasciato in provetta non coagula. L'esame microscopico del liquido dà i seguenti risultati: globuli rossi abbondantissimi (2,094,443 p. mmc.) poveri di emoglobina, talora sfigurati e raggrinzati, talora disponentisi in pile; globuli bianchi 9280 p. mmc. e ben conservati; *assenza di elementi neoplastici*.

7) *Radioscopia toracica*. — Ambito polmonare sinistro completamente opacato: ambito polmonare destro di trasparenza normale. Cuore leggermente spostato a destra.

8) Pressione intrarteriosa. — Mm. 110.

9) *Esame numerico e morfologico del sangue*:

Globuli rossi	3,280,000
Globuli bianchi	9600
Rapporto	1 : 341
Emoglobina	65 %
Valore globulare	0.98

Emazie disponentisi discretamente bene in pile, leggiera poichilocitosi ed anisocitosi. *Assenza di emazie nucleate*. — Niente di rilevabile circa la formola leucocitaria.

10) Potere agglutinante e precipitante del siero sanguigno verso il b. di Koch = reazioni negative.

11) Ricerca di antigeni ed anticorpi tubercolari nel siero sanguigno col metodo della deviazione del complemento = reazione negativa.

12) Ricerca di anticorpi carcinomatosi nel siero di sangue = reazione negativa.

13) Sierodiagnosi di Wassermann = reazione positiva.

Esame microscopico delle feci. — Detrito abbondante, rare cellule vegetali, granuli d'amido rigonfi, cristalli di acidi grassi, fibre muscolari digerite, rari globuli rossi scolorati, gocciole di grasso, germi comuni.

Esame dell'urina. — Quantità cmc. 1200, colore giallo-carico, aspetto limpido, sedimento scarso, reazione acida, densità 1024; albumina, zucchero, sangue, peptone, pigmenti biliari, acetone, urobilina assenti; indacano tracce; diazoreazione negativa; rapporto azoto ureico azoto totale 86 %. Niente di apprezzabile all'esame microscopico del sedimento.

L'infermo rimase in Clinica per lo spazio di 13 giorni, durante i quali fu sempre apiretico ed in condizioni stazionarie. Al 13° giorno, in seguito a violenti accessi di tosse, l'infermo venne improvvisamente a mancare per abbondante ed infrenabile emottisi.

Reperto necroscopico. — Cadavere ben conservato. Nulla di patologico al capo, alle meningi, all'encefalo; vasi normali; sostanza nervosa anemica.

Cuore leggermente spostato verso il basso; *polmone destro* fortemente enfisematoso; *polmone sinistro* retratto; nel cavo pleurico esiste abbondante liquido siero-emorragico e grossi coaguli sanguigni.

Nulla di notevole al cuore; l'aorta già al suo inizio si presenta ectasica con placche numerose e diffuse di aortite produttiva; l'arco è alquanto ectasico: dopo l'istmo aortico si ha una sacca aneurismatica della grandezza di una mela, che si sviluppa dalla periferia anteriore e laterale sinistra dell'aorta, *prende rapporti col bronco sinistro*, che rimane usurato ampliamente e perforato dal processo aneurismatico; al di là dello aneurisma continua la lesione cronica dell'aorta per tutta la porzione toracica.

I bronchi e la trachea sono ripieni di sangue; nel polmone vi sono degl'infarcimenti emorragici da aspirazione; le vertebre dorsali 4ª, 5ª e 6ª sono usurate in corrispondenza della regione anterosinistra del corpo.

Fegato piccolo, scolorato, con periepatite; intensa perisplenite fibrosa; esiste un'infiltrazione fibrosa diffusa del peritoneo; lo stomaco è dilatato e spostato verso il basso; reni piuttosto voluminosi senza alterazioni evidenti; nulla di patologico nella mucosa intestinale. Integri gli organi genitali e gli organi del collo.

***

Il caso clinico, succintamente riferito, per le difficoltà diagnostiche cui dette luogo durante il breve tempo nel quale l'infermo fu ricoverato in Clinica, ci sembra non privo di speciale interesse.

Come dalla storia clinica si rileva, noi eravamo di fronte ad un individuo di 41 anni (in cui non era dubbia un'infezione sifilitica contratta dodici anni prima) il quale da un anno innanzi di presentarsi a noi, andava soggetto episodicamente a dolori toracici vaghi accompagnati da tosse ed espettorazione prevalentemente mucosa, e poscia da dolori più intensi che si irradiavano all'epigastrio e che non erano in rapporto coi pasti. Inoltre, il paziente dal settembre 1911 in poi andava soggetto ad *episodii emottoici* preceduti da tosse stizzosa e seguiti da un sempre progressivo scadimento delle forze.

All'esame obbiettivo dell'infermo riscontrammo in modo indubbio le note d'un versamento emorragico nella pleura sinistra.

Collegando i dati anamnestici con il reperto semiologico dell'apparato respiratorio a prima vista il nostro giudizio diagnostico era portato ad ammettere nel caso in esame una *lesione flogistica cronica della pleura sinistra di natura tubercolare, associata ad un focolaio cronico di tubercolosi polmonare.* Contro simile giudizio ben tosto concordarono vari dati di fatto che, se isolatamente presi, avevano poco valore, pur tuttavia in complesso parlavano decisamente contro tale possibilità. Il gentilizio puro dell'infermo, i precedenti anamnestici di esso, l'assenza di fatti acustici bronco-polmonari di una certa entità, il reperto negativo degli sputi e di tutte quelle indagini diligenti e minuziose, che nel riassunto storico abbiamo enumerate, dovevano necessariamente allontanare il nostro pensiero dalla probabilità d'una infezione tubercolare. Ma, stando pure ai dati semiologici dello spandimento pleurico, che risultava di non lieve entità, il fatto della *mancanza quasi completa dello spostamento del mediastino e l'assoluta integrità dello spazio semilunare di Traube* mal si conciliavano con l'ipotesi di una *pleurite emorragica tubercolare.* Tralasciamo dal rilevare il carattere schiettamente emorragico del liquido estratto dalla pleura e che microscopicamente apparve appena un poco diluito rispetto al sangue circolante.

Scartata, così, razionalmente l'ipotesi d'una lesione tubercolare della pleura, un'altra si presentava a noi abbastanza seducente: intendiamo parlare d'una *neoplasia pleuro-polmonare.* - Ed, invero, le algie toraciche, il dimagramento dello infermo, il versamento emorragico discretamente cospicuo nella pleura sinistra *senza spostamento del mediastino e riduzione dell'area semilunare di Traube* e l'assenza di febbre era tale un complesso di circostanze da far ritenere sufficientemente fondato il sospetto d'una neoplasia. Ma contro di questa avevamo altri fattori, che pure andavano vagliati. Innanzi tutto nel nostro infermo i dolori toracici furono sempre vaghi e non assunsero mai il carattere di quei dolori puntorî vivi, lancinanti, persistenti e con un crescendo d'intensità proprî delle neoplasie. Così, pure, era-

vamo di fronte ad un individuo che, sebbene scaduto nella nutrizione, era ben lungi dal presentare il quadro caratteristico della speciale cachessia. Inoltre, l'assensa di dispnea intensa, di tosse ovina, di cianosi del volto e del braccio del lato affetto e, principalmente, il difetto di ghiandole linfatiche cervicali, ascellari e sottoclavicolari ingrossate, in prevalenza dal lato dell'affezione pleuro-polmonare, ci rendevano non poco perplessi dal pronunziare simile diagnosi. La qualità schiettamente emorragica del liquido attinto dalla pleura, come si è ricordato, senza la presenza in esso di *elementi neoplastici* svelabili col metodo della deviazione del complemento, erano altri due elementi di giudizio che quasi con certezza ci fecero scartare la diagnosi sopra espressa.

Sorvolando sopra un gruppo abbastanza esteso di lesioni capaci di provocare spandimenti emorragici della pleura (diatesi emorragiche varie, lesioni traumatiche, nefriti, cardiopatie arteriose, cirrosi epatica, reumatismo articolare acuto gravissimo, ecc.), lesioni che nel nostro caso non erano da prendersi peraltro in alcuna considerazione, passiamo a valutare i dati che per avventura potevano fare indurre in noi, come effettivamente lo fecero, il fondato sospetto d'una bozza aneurismatica della porzione discendente dell'aorta toracica.

E, per verità, convien subito dichiarare che alla possibilità di tale diagnosi fummo portati non tanto dalla valutazione di qualche piccolo dato positivo dinnanzi al mutismo d'ogni classico fenomeno dell'aneurisma aortico, sibbene dal ricordo d'un caso quasi consimile, che avemmo in Clinica nel 1906, e magistralmente descritto dal prof. Rossi, che nel nostro ci fu guida sagace ed illuminata (1).

Dolori toracici vaghi ed intermittenti, dolori alla pressione sulla 5ª e 6ª vertebra dorsale, leggerissimo accenno al fenomeno Cardarelli-Oliver; ecco i pochissimi dati che, insieme alla presenza del momento etiologico (sifilide pregressa) dovevano fare ammettere l'esistenza di un aneurisma aortico. Ma, dinanzi a tale possibilità, quanti dati negativi. Assenza di zone circoscritte di ottusità sul torace, assenza di pulsazioni, cuore pochissimo spostato e di grandezza normale, nessun ritardo delle arterie periferiche di fronte all'itto del cuore, non disuguaglianza nella validità dei polsi di una metà del corpo sull'altra, non produzione di rumori abnormi in corrispondenza dei grossi vasi, non fenomeni di compressione dei varî organi contenuti nel mediastino (sindrome mediastinica). In una parola, mancava nel caso nostro quell'insieme di note semiologiche e cliniche proprie dell'aneurisma aortico.

(1) ROSSI, Gazzetta degli Ospedali, 1906, n. 129.

Ma, se di aneurisma doveva trattarsi, era chiaro che esso doveva esser riferito a quel tratto della aorta toracica, che s'estende dal bronco sinistro (cioè a dire dall'altezza della 4ª vertebra dorsale) sino a livello dell'anello fibroso del diaframma. È questa la zona latente degli aneurismi non diagnosticati, detta da Huchard la *zona degli errori di diagnosi*. È noto come in questo tratto sia possibile l'estrinsecazione di aneurismi aortici molto voluminosi, assolutamente muti e rivelabili soltanto al tavolo anatomico.

Ma, se in tal caso potevamo spiegarci la mancanza di *asincronismo fra l'itto cardiaco ed il polso delle femorali* per la presenza di coaguli contenuti nella bozza aneurismatica o per ragioni d'altra natura, stentavamo in vero a comprendere nel caso nostro il perchè dell'esistenza, per quanto leggiero, del *sintoma della trachea* (Cardarelli-Oliver) ch'è proprio, come generalmente si sa, degli aneurismi della *concavità* e *della porzione discendente* dell'arco aortico.

In conclusione, dall'insieme di tutti questi fatti il caso da noi descritto ci sembra non poco istruttivo. Esso dimostra come per lungo tempo una bozza aneurismatica possa restare inosservata e dare tutto il quadro fenomenologico d'affezione tubercolare o cancerigna pleuro-polmonare.

Inoltre, dimostra ancora una volta come dinnanzi al mutismo dei fenomeni classici, ed allora chè ci vien meno anche il gran sussidio diagnostico dell'indagine radiologica, si possa addivenire alla diagnosi d'aneurisma aortico latente in base a piccoli fatti, purchè siano vagliati indipendentemente dagli altri fenomeni, talora imponenti, che l'infermo presenta.

I *rapporti assunti dal tumore aneurismatico con il bronco sinistro*, come si è visto dal reperto necroscopico, spiegano sufficientemente il perchè dell'*esistenza della pulsazione laringo-tracheale* (sintoma del Cardarelli): gli altri fenomeni presentati in vita dal paziente, e registrati, trovarono al tavolo anatomico la loro naturale spiegazione.

Genova, marzo 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società fra i cultori delle scienze mediche e naturali di Cagliari.

Seduta del 30 aprile 1913.

Prof. **O. Cozzolino.** *Un caso di reumatismo cronico tubercoloso in bambina.* — Bambina di 7 anni, da circa 5 anni sofferente di un quadro morboso nosologicamente corrispondente del tutto alla cosidetta malattia di Still. Cutireazione +, W. R. Radiograficamente le tumefazioni si dimostrano pertinenti ai tessuti periarticolari. Con l'iniezione di 1 milligr. di vecchia tubercolina Koch reazione febbrile, rivivescenza della cutireazione, arrossamento di due cicatrici corrispondenti a pregresse spine ventose alle dita delle mani ed in pari tempo tumefazione maggiore ed arrossamento della cute in corrispondenza delle articolazioni tumefatte.

L'O. segnala che non esiste unicità nè di criterii etiologici, nè sintomatologici per fare una individualità morbosa a sè della forma descritta da Still.

Pur non potendosi escludere l'intervento secondario di un'infezione tubercolare in articolazioni primitivamente colpite da un reumatismo cronico comune, attualmente la lesione doveva essere, in base alla reazione locale ottenuta coll'iniezione sottocutanea della tubercolina, di natura tubercolare. L'O. ammette un'origine bacillare del reumatismo articolare cronico tubercoloso, o almeno un'origine in pari tempo bacillare e tubercolotossica. L'O. rileva infine la estrema rarità di questi casi.

Prof. **Sterzi.** L'O. comunica un *metodo per determinare la superficie del cervello.* — Il metodo consiste nel misurare il volume del cervello fresco (calcolando il volume d'acqua che esso sposta), il volume del medesimo cervello indurito in formalina 3 % ed il coefficiente della retrazione prodotta dall'indurimento sulla supeficie cerebrale; nel rivestire poi la superficie del cervello indurito e sezionato con un macrotomo con fogli d'argento puro di spessore noto e costante; nel determinare la quantità di argento occorsa; nel riportare questa quantità alla superficie del cervello fresco in base al predetto coefficiente di retrazione. Conoscendo la superficie cerebrale, lo spessore medio della sostanza grigia corticale ed il peso specifico medio di questa sostanza, si possono determinare il volume ed il peso della corteccia cerebrale.

Dà notizie delle indagini fatte con questo metodo da M. Aresu, dell'Istituto anatomico di Cagliari, su tre cervelli, due di uomo ed uno di donna.

Prof. **D. Taddei.** *Contributo allo studio delle nefriti croniche dolorose unilaterali* (con dimostrazione di preparati istologici). — L'O. riferisce innanzi tutto la storia clinica di un paziente, bracciante di 24 anni, figlio di donna morta per tubercolosi polmonare, affetto da lesione unilaterale (cateterismo ureterico) del rene sinistro, con attacchi dolorosi violenti (iniziati nel settembre 1911) accompagnati una volta da afasia motoria (durata 2 giorni) e talora da febbre e diarrea (che l'O. spiega come fatti uremici), il quale nell'ultimo periodo presentava dolore continuo lombare, albuminuria lieve (½ 2 ‰), poliuria, cilindruria, ematuria microscopica, diarrea, febbre serotina. Esame cistoscopico negativo. Una volta si riscontrarono nelle urine bacilli acido resistenti: negativa la prova biologica. Positiva la cutireazione alla tubercolina.

Il malato è completamente guarito colla nefrectomia (gennaio 1913).

Dall'esame anatomo-patologico e microscopico del rene risulta che esisteva una nefrite parenchimatosa, con zone di infiltrazione mononucleare sottocapsulari, corticali e anche midollari sparse qua e là, sclerosi glomerulare. Negativo l'esame istologico e batteriologico per la tubercolosi tipica.

L'O. fa un diligente studio della letteratura sulle nefriti dolorose, nome che ormai deve essere sostituito a quello di nefralgie, sulle alterazioni tubercolari atipiche del rene e dopo di aver discusso le varie possibilità etiologiche, propende a ritenere che nel suo caso si tratti di una forma tubercolare atipica.

L'O. dimostra infine la convenienza di trattare i casi analoghi colla nefrectomia piuttosto che con i metodi oggi più in voga (nefrocapsectomia, nefrotomia).

Prof. **F. Putzu.** *Un caso singolare di cicatrici deformi da scottature.* — L'O. riferisce la storia di un giovane di 24 anni, il quale in seguito a gravi scottature riportate all'età di 3 anni, presentava una vastissima cicatrice che occupava la metà inferiore della superficie addominale (a cominciare da una linea trasversa passante per le S. I. A. S.), la faccia antero-interna delle coscie e delle gambe, andando a terminare assottigliata a forma di lingua sui polpacci.

Era scomparsa ogni traccia di ombellico e la cute dell'addome stirata in basso sotto la sinfisi pubica aveva contratto solide aderenze con quella

delle radici delle coscie in modo da costituire un largo e solido diaframma alto circa 12 cm. Gli organi genitali erano completamente nascosti dietro il diaframma cicatriziale al quale il pene era aderente per la sua superficie dorsale tanto da rimanerne libero solo il glande.

Per la presenza di tali cicatrici erano notevolmente inceppati i movimenti del corpo e specie degli arti inferiori e quindi la deambulazione ed era assolutamente impedita la copula.

L'O. intervenne, rimuovendo il tessuto cicatriziale, ricoprendo le superficie rimaste scoperte con larghi lembi autoplastici per scivolamento presi dai fianchi e dalla superficie esterna delle cosce, accollando i lembi cutanei del dorso del pene rimasti scoperti, rimettendo gli organi genitali in posizione normale e suturando la cute della radice del pene e dello scroto alla cute della sinfisi pubica che, non ostante lesa, si potè conservare in parte perchè ancora ben nutrita.

L'esito fu ottimo, poichè il paziente non ha più nessun disturbo nei varii movimenti del corpo e degli arti inferiori e la copula si compie normalmente. (Conforta l'illustrazione del caso con la presentazione di relative fotografie fatte prima e dopo l'intervento). *

SUNTI DI DISCUSSIONI IMPORTANTI.

Mille casi d'enucleazione della prostata.

Una comunicazione del dott. Freyer alla *Società medica britannica* (Liverpool) riguarda mille casi d'enucleazione totale della prostata, per ipertrofia. I resultati sono così suggestivi, le osservazioni così importanti, che meritano di essere riportate ad incoraggiamento dei chirurgi e per eliminare pregiudizi, che eventualmente ancora si possono nutrire a proposito di questa operazione radicale.

Dal 20 luglio 1901 al 1912 l'A. ha raggiunto la cifra di mille operati. L'età dei pazienti era variabile tra i 49 e i 90 anni, con una media di 69 anni: 11 avevano 79 anni e 62 tra 80 e 90 anni. Le prostrate asportate avevano un peso medio di 70 gr., la più piccola pesava solo 14 gr., la più grossa 476 gr. La maggior parte dei malati era stata per lungo tempo assoggettata al passaggio delle sonde, ridotti ad una misera vita, qualcuno anche moribondo.

Pochi erano esenti da gravi complicazioni quali cistite, calcoli, pielite, diabete, malattie di cuore, aneurismi, bronchite cronica, ernie multiple, ecc, Su 1000 operati l'A. ha avuto 55 insuccessi: ossia il 5 ½ %; 945 sono guariti.

Sul principio la mortalità raggiungeva il 10 %. poi si ridusse al 4 ½ %, tra gli ultimi 100 operati ebbe a lamentare solo 3 insuccessi. Le cause di morte furono: in 25 casi uremia dovuta ad affezioni croniche del rene, 8 malati di cuore, 7 chock, in 3 esaurimento, in 2 setticoemia, in 2 vesania, in 2 cancro del fegato, in 2 bronchite, in uno polmonite, in 1 sincope, 1 embolia, 1 emorragia cerebrale, 1 pancreatite acuta. Nella maggior parte dei malati, in cui all'atto operativo seguì il decesso, le condizioni erano gravissime, e l'operazione fu consigliata solo dalle enormi sofferenze a cui erano soggetti i pazienti.

La metà almeno dei decessi s'è avuta in pazienti sofferenti di malattie renali; queste però alla loro volta erano state causate dall'ostruzione delle vie urinarie provocata dalla pressione della prostata ipertrofica sull'uretra: l'urina, accumulata in vescica, è spinta su per gli ureteri, il rene è impedito nella sua funzione. Tale constatazione deve decidere il medico a consigliare al più presto l'atto operativo al paziente. In 181 casi all'atto operativo si trovarono calcoli fosfatici; e tra essi la mortalità è doppia (8.8 %) della media globale; è quindi necessario non attendere per l'enucleazione, la formazione di calcoli. Anche l'uso del catetere a lungo andare irrita l'uretra e predispone alla degenerazione cancerosa.

Il resultato della prostatectomia non è un successo parziale o temporaneo; esso è una *guarigione permanente*, il paziente diviene in breve padrone d'emettere o di ritenere l'urina a volontà; si vuota normalmente la vescica, senza recidive degli accidenti anteriori. In tutta l'esperienza dell'A. un solo operato ha perduto la facoltà d'emissione volontaria: ma in esso la vescica per l'eccessiva distensione era rimasta inerte.

L'atto operativo *deve essere rapido*, l'anestesia deve durare poco; sul principio l'A. compiva l'atto operativo in 20 minuti circa o più; attualmente un tempo da 2-4 *minuti*, bastano in casi difficili 8-10 *minuti*, per l'enucleazione della prostata; tale rapidità diminuisce la perdita di sangue e la probabilità di shock.

L'A. non crede che vi sia ragione apprezzabile, come causa dell'ipertrofia, al di fuori dell'età.

Dopo l'operazione gli ammalati dicono di sentirsi ringiovaniti, spesso anche le funzioni sessuali si ripristinano.

La meravigliosa statistica è il più bell'elogio al nome di Freyer. *t. p.*

Pubblicheremo prossimamente:

Fabricci: Del rapporto fra trauma e tubercolosi;
Merea: Febbre di Malta nella miniera Argentiera (Sassari);
Fabris: Gravidanza extrauterina complicante gravidanza normale.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Capacità polmonare minima compatibile con la vita.

L. Bernard, A. De Play e H. Mantoux, *Journal de Phys. et de Path. gén.*, XV, 1913, osservano che molti organi indispensabili alla vita hanno una capacità funzionale superiore a quella necessaria per l'esistenza, e si può, mercè soppressioni parziali, ridurli considerevolmente, senza che sopraggiunga la morte.

Ciò è stato bene stabilito, per es., pel rene, per le ghiandole surrenali, pel tenue; non era però stato ancora precisato pei polmoni, sicchè gli AA. si sono proposti di colmare la lacuna.

Diversi sperimentatori, aggredendo il polmone nella cassa toracica e in più tempi, hanno tentato di sopprimerne parzialmente la funzione. J. Courmont in esperienze simili potè constatare, che è possibile la sopravvivenza anche dopo ablazione di tre quarti dei polmoni.

Gli AA. non avendo ottenuto risultati soddisfacenti colla soppressione anatomica, mercè legatura o resezione, sono ricorsi a un metodo indiretto, cioè alla soppressione funzionale più o meno completa dell'organo, mercè l'iniezione di gas, producendo un doppio pneumotorace artificiale.

Sperimentarono sui cani, servendosi dell'azoto; da un lato determinarono il pneumotorace totale, mentre dall'altro spingevano l'insufflazione di azoto fino al massimo grado possibile e compatibile colla vita dell'animale. Colla radioscopia seguivano il progredire del collasso polmonare. Indirettamente poi, utilizzando tutti i dati forniti dalle loro esperienze, gli AA. hanno potuto calcolare che *la capacità polmonare minima* compatibile colla vita è uguale a un sesto circa del volume polmonare totale.

Tale risultato è utile riportare a quanto già da lungo tempo la clinica, e recentemente l'impiego del pneumotorace artificiale nei malati di tubercolosi, ha permesso di stabilire. Conoscendo la quantità relativamente piccola di polmone sufficiente per la vita, si resta meno sorpresi di fronte alla facilità con cui si sopportano dei versamenti pleurici considerevoli, o le estese distruzioni che si sogliono rinvenire all'autopsia dei tisici.

In base al risultato degli AA. si comprende anche meglio, come i malati possano ben sopportare il pneumotorace terapeutico. E senza volersi fermare sul rapporto tra cane sano e uomo malato, si potrà forse vedere in quanto gli AA. hanno messo in evidenza un incoraggiamento a praticare il pneumotorace totale da un lato, anche quando il polmone del lato opposto abbia subito già una riduzione della sua capacità funzionale per fatti patologici pregressi. Qui l'esperienza clinica ha preceduto l'esperimentazione fisiologica, come insegnano anche alcuni casi riferiti dal Forlanini.

G. AMANTEA.

CASISTICA.

Le appendiciti ematogene.

Si ritenne un tempo che l'appendicite fosse un corollario delle infezioni intestinali; tanto che, malgrado alcune esperienze ed osservazioni fossero già contro quest'opinione comune, parve strano quando Dieulafoy non volle ammettere che l'enterite fosse il preludio dell'appendicite.

L'esame batteriologico metodico del sangue ci ha disabituati dal dare carattere d'eccezionalità alle infezioni setticemiche, ed ha fatto sì che il numero di queste è sempre più aumentato, specialmente per le glandole annesse al tubo digestivo.

Ch. Richet ha dimostrato che l'appendicite frequentemente ha origine sanguigna.

La *tubercolosi* iniziale dell'appendice si presenta spesso sotto forma di un'eruzione sottomucosa di tubercoli miliari non ulcerati e raggruppati come vescicole d'herpes: questa distribuzione iniziale dell'infezione tubercolare si spiega ammettendo un'infezione specifica dell'arteria afferente.

Nella *tifoide*, se l'appendicite tardiva ha piuttosto origine digestiva, i casi precoci di appendico-tifo sono dei casi tipici di appendicite ematogena.

Quanto ai *paratifi*, il caso recente di Widal, Abrami e Brissaud è molto dimostrativo: dopo alcuni giorni di una setticemia da paratifo *B* si manifestò un'appendicite gangrenosa: all'autopsia si dimostrò lo stesso germe nell'appendice, mentre l'intestino tenue era indenne.

Nel corso della *polmonite*, l'origine ematica dell'appendice ci dà ragione non soltanto delle appendiciti comuni che si verificano durante la

polmonite, ma ancora degli attacchi appendicolari leggieri che frequentemente si hanno all'inizio delle polmoniti nei bambini, e di alcune peritoniti pneumococciche primitive.

Antica è la nozione dei rapporti fra l' *angina* e l'appendicite. Essa è anche una complicazione frequente dell'*influenza*, nella quale sembra essere sempre una localizzazione dell' infezione generale.

Secondo Richet la più gran parte delle appendiciti ha origine da setticemie mal determinate, spesse volte tanto leggere e quasi inavvertite. Il reperto costante del *bacillum coli* e degli anaerobi è dovuto ad un'invasione secondaria di questi germi comuni dell'intestino.

I dati sperimentali sono d'accordo con quelli della clinica. Richet e Saint-Girons hanno iniettato nelle vene del coniglio lo streptococco, il bacillo della dissenteria, ed hanno osservato l'eliminazione di questi germi attraverso l'appendice: eliminazione precoce (fin dopo ½ ora od un'ora), a volte associata ad un'eliminazione duodenale e colica, a volte esclusiva dell'appendice; sempre più precoce e più costante dell'eliminazione biliare e renale. L'appendice così non sarebbe più un'organo sprovvisto di ogni funzione utile, diverrebbe per eccellenza l'emuntorio dei microbi. Ma siccome questa funzione non è esclusiva dell'appendice, perciò questa può essere impunemente sacrificata.

L'appendicite, ematogena o no, comporta soltanto il trattamento chirurgico, a causa delle frequenti recidive. (FAURE-BEAULIEU. *Paris Médical*, 8 marzo 1913). P. S.

Etiologia delle aderenze del colon.

Il Lane nel 1908 ha richiamato per primo, in modo speciale, l'attenzione su alcune aderenze intestinali e sugl'inginocchiamenti che in conseguenza di esse si producono. La sede più frequente è l'ultima porzione dell'ileo e la prima del colon: le sue osservazioni sono state confermate da altri chirurgi.

La presenza di questi nastri connettivali dà origine ad una sintomatologia ben definita che varia dai fenomeni morbosi più insignificanti, quali un lieve dolore o stipsi, alla più grave anemia con fenomeni generali di nevrastenia. Molti casi di appendicite che non migliorano dopo la operazione si possono spiegare colla persistenza di queste aderenze.

I fattori considerati come causa di queste fascie fibrose sono numerosi: il Lane, per esempio, dà molta importanza alla ptosi del cieco; il Binne crede invece che in ogni caso si debba trattare di un processo infiammatorio; l'Hoffmeister su quattordici casi ha trovato in dieci la presenza del tricocefalo; il Mayo invece crede che si tratti di formazioni congenite; il Lennander le attribuisce ad una colite infantile. Però tutti gli autori sono d'accordo nell'ammettere quasi costantemente una ptosi cecale: ed è la regione cecale l'unica porzione dell'intestino in cui si possano avere aderenze non in rapporto con processi infiammatorî o traumi.

Il Rhodes (*Med. Rec.*, 12 ottobre 1912) dà una spiegazione delle aderenze pericecali che merita di essere riferita.

La massima parte delle sostanze solide dell'intestino, dice l'A. (circa il 90 %), è assorbita dall'intestino tenue; così pure il 50 % delle sostanze liquide; nel colon invece avviene l'assorbimento del 10 % delle sostanze solide e del 50 % delle liquide: ne consegue che le tossine solubili sono assorbite con maggiore facilità nel colon che nel tenue: dopo la valvola ileocecale cambia l'aspetto del contenuto intestinale e la reazione da alcalina diventa acida: la peristalsi diviene più pigra e il contatto delle parti intestinali colle sostanze tossiche intestinali è più lungo; quando il cieco è mobile può rimanere una certa quantità di sostanza come sequestrata nel cieco senza che il circolo intestinale venga ad essere interrotto; aumentano così le possibilità di una maggiore tossicità del contenuto cecale, di una minore resistenza della parete anche in rapporto colle alterate condizioni di vascolarizzazione e quindi la probabilità di una diffusione di germi patogeni alle pareti cecali: il Franke ha dimostrato una connessione linfatica tra il colon ascendente e il rene destro e la possibilità del passaggio diretto dei germi dall'intestino al rene, quando esiste una lieve lesione della mucosa.

Stabilita la possibilità di tali aderenze nei casi di mobilità eccessiva dell'intestino si comprende che determinandosi così un inginocchiamento dell'appendice si possa avere un'appendicite secondaria. P. A.

TERAPIA.

Teocina ed adonis usati come diuretici e come cardiocinetici.

Teocina ed *adonis* hanno azione diuretica manifesta; però, avendo riguardo alle proprietà peculiari di ciascuna, trovano indicazione ed utilizzazione diversa.

Il dott. Plicque (*Le Bull. Méd.*, 15 febbr. 1913) così riassume le proprietà e modella le indicazioni: La teocina è un potente diuretico, ma essa è pure sostanza ad azione brutale, è necessario

nella sua applicazione pratica ricordare il precetto di Huchard: nè troppo, nè troppo poco, nè a lunghi intervalli, nè spesso.

Non *troppo* perchè le dosi superiori ad un grammo dànno segni d'intolleranza gastrica, cardiaca, nervosa, gastralgie, palpitazioni, cefalea disturbi uditivi: gr. 0.75 bastano a produrre i migliori effetti nelle diuresi.

Non *troppo poco*, perchè accanto alle dosi insufficienti come diuretiche, esistono dosi ad azione inibitoria nel rene con 0.30 centgr. di teocina non si avranno d'ordinario effetti apprezzabili.

L'azione della teocina si esaurisce abbastanza rapidamente e non si deve quindi lasciar trascorrere tra una somministrazione e l'altra, uno spazio di tempo superiore a 2 o 3 giorni. D'altra parte non bisogna usare il rimedio troppo a lungo perchè stanca il rene, che più non reagisce; tra due serie di cura bisogna lasciar trascorrere almeno uno spazio di tre settimane.

La teocina in virtù dell'azione sua rapida e violenta trova una giusta indicazione in casi di squilibrio circolatorio grave, sia che si tratti di un asistolico, o di un uremico in una grave crisi di uremia acuta.

Secondo il Lemoine (Société méd. des Hôpit., 6 dicembre 1912 l'*adonis vernalis* è a differenza della teocina cardiocinetico e diuretico e presenta i seguenti vantaggi:

Facilmente tollerato anche dallo stomaco degli iposistolici, dei vecchi, non provoca insonnia, cefalea, non inconvenienti da accumulo, non aumenta la pressione arteriosa, non trova controindicazioni nell'arteriosclerosi, nelle nefriti con ipertensione, aumenta la diuresi con l'eliminazione di cloruri dell'urea; la diuresi è indiretta dovuta all'acceleramento della corrente sanguigna.

Le indicazioni migliori per l'uso dell'*adoniz* sono:

Le affezioni acute del cuore accompagnate da eretismo, tachicardia, dolore precordiale; l'*adonis* dimostra azione sedativa: il polso si rallenta, il dolore precordiale diminuisce, le arterie sono meno turgescenti. Nelle malattie di infezione con risentimento miocardico, come la febbre tifoide, il vaiuolo, la polmonite, l'influenza, l'*adonis* è da preferirsi alla digitale di cui non ha gli effetti dannosi, da preferirsi alla caffeina poichè non affatica nè lo stomaco nè il sistema nervoso.

Indicazione vantaggiosa si ha nelle endocarditi e miocarditi croniche: negli scompensi lievi l'*adonis* agisce rapidamente, non provoca vomito; la dispnea diminuisce, migliorano le condizioni del polso, aumenta il tasso delle urine, gli edemi si riassorbono. L'uso dell'*adonis* può essere prolungato senza il minimo danno. Preziosa qualità questa che consiglia l'uso dell'*adonis* nelle nefriti croniche, specie in quegli ammalati che diventano dei veri cardiorenali: l'azione è manifesta negli edemi.

Nelle 24 ore l'*adonis* si può somministrare nella dose di 4-8 gr. (infuso di foglie secche in 250 gr. d'acqua). L'infuso è amaro a provoca salivazione.

Gli estratti acquosi ed alcoolici sono più attivi della tintura d'*adonis*. Di estratto non si oltrepasserà la dose di 1 gr. al giorno.

L'adonidina è assai attiva alla dose di 10-20 milligrammi al giorno.

t. p.

La scilla medicamento diuretico azoturico.

La scilla fin dai tempi più lontani è stata usata in medicina come diuretico; la sua azione però, anche ai tempi nostri, non è stata analizzata a sufficienza, e, se non empiricamente come in passato, anche ai tempi nostri più la tradizione che l'esatta conoscenza delle cose consigliano l'impiego del rimedio: nei trattati più moderni si può vedere come per alcuni la scilla sia un diuretico cardiovascolare, per altri un diuretico diretto.

Gli effetti sulla composizione dell'urina in seguito alla somministrazione della scilla sono stati poco studiati ed incompletamente; da tale incertezza di conoscenza deriva una incertezza dannosa di indicazioni.

A. Pic nella relazione sui diuretici, al Congresso di medicina del 1911, divideva i diuretici in *idrurici, clorurici, azoturici*; Pic e Bonamour (*La Presse méd.*, 18 dicembre 1912), studiando l'azione della scilla, credono di poter aggregare la scilla al terzo gruppo, *la scilla è cioè un medicamento azoturico, per azione elettiva sulla cellula renale nell'eliminazione dell'urea.*

Essi hanno cercato di risolvere il problema studiando l'azione della scilla somministrata ai nefritici con ritenzione azotata e scarsa eliminazione d'urina, comparandola, nello stesso soggetto, agli altri diuretici più noti, somministrata agli individui sani mantenuti a dieta costante, agli animali.

Le grafiche che gli AA. riportano, riassumendo le varie analisi di urina, dimostrano assai chiaramente e concordemente che la somministrazione di 0.15 gm. di scilla ai nefritici determina aumento notevole immediato nell'eliminazione dell'urina *in toto* e del contenuto d'azoto, aumento di gran lunga più sensibile che non sia quello determinato dalla teobromina, dalla adonis, dal vischio, dalla digitale.

Negli individui sani e negli animali la scilla dimostra solo la proprietà di far eliminare mag-

gior quantità di azoto, lasciando quasi integra la quantità dell'urina.

La diuresi invece nei nefritici è tanto più accentuata dopo la somministrazione della scilla, quanto più gli edemi sono gravi, fatto che dimostra quanta importanza si debba attribuire oltre che alla ritenzione clorurata, alla ritenzione dell'azoto per la formazione degli edemi.

Da tali ricerche derivano precise indicazioni terapeutiche: nelle nefriti uremigene la scilla trova la sua indicazione immediata beninteso associata ad una alimentazione priva di sostanze azotate. Nelle nefriti uremigene ed idropigene nello stesso tempo se alla dieta declorurata si associa una cura medicamentosa di scilla e teobromina vi vediamo risultati rapidi e sicuri.

Talora anche negli edemi cardiaci è indicata la scilla quando l'analisi dell'urina riveli ritenzione azotata, specie se associata alla digitale.

Il medicamento adunque non deve empiricamente più essere usato nelle idropisie in genere ma nelle ritenzioni azotate; sol così non si avranno delusioni terapeutiche.

t. p.

L'azione diuretica della digitalina e teobromina nei bambini.

Nei cardiaci dosi molto deboli di digitalina hanno un'azione diuretica spiccatissima e questo fatto è evidente anche nei bambini come hanno dimostrato il Nobecourt e Paisseau (*Arch. de méd. des enfants*, feb. 1912). Basta dare una goccia della soluzione al millesimo per cinque o dieci giorni per vedere aumentare la quantità dell'urina e diminuirne il peso specifico; anche il tasso dei cloruri aumenta e gli edemi scompaiono.

Colla dose di una goccia si vedono i risultati dopo tre o quattro giorni: la persistenza dell'azione diuretica dipende specialmente dalla gravità dei singoli casi. Anche nelle nefriti piccole dosi di digitalina possono favorire la diuresi: nelle nefriti croniche con edemi i risultati sembrano meno evidenti.

Colla teobromina gli effetti osservati sono stati gli stessi sia adoperando dosi di 40 cgr. che dosi di un grammo.

I risultati sono con questo medicamento più spiccati nelle nefriti che nelle cardiopatie.

Ciò che gli AA. tengono a mettere bene in rilievo è la necessità di adoperare sempre dosi deboli di questi rimedi, perchè essi per lo più debbono essere prescritti per un lungo periodo di tempo.

P. A.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(112) *Gli occhi bistrati.* — Prego favorirmi, nell'apprezzatissima sua consulenza, la spiegazione fisiologica del noto cerchio livido-bluastro che, dopo un surmenage fisico od intellettuale, compare al di sotto degli occhi.

Con distinti ringraziamenti. dott. X.

Il cerchio livido-bluastro palpebrale, che compare dopo l'affaticamento fisico o intellettuale, è segno *di stasi circolatoria locale* ed ha fondamento nei seguenti fattori:

1° la costituzione anatomica dei tessuti palpebrali, tessuti lassi che facilmente si lasciano distendere ed infiltrare;

2° la fitta rete vasale venosa, di cui lo scarico è poco aiutato dai tessuti che la comprendono;

3° la sottigliezza della cute della regione che permette per la sua trasparenza qualsiasi anche piccola alterazione di circolo.

A queste ragioni locali si aggiungano le ragioni di fisio-patologia le quali ci dicono che in occasione di qualsiasi affaticamento, l'organo centrale della circolazione è il primo a risentirne gli effetti: di questa fatica del cuore, che, in passato troppo è stata trascurata, perchè è compagna della vita ordinaria, e sfuggita agli occhi del patologo, uno dei segni è il cerchio livido-bluastro palpebrale, anzi si potrebbe chiamare l'*indice più squisito*, poichè in esso sono tutte le condizioni opportune ad ingrandire e a rendere meno temporaneo il fenomeno di stasi: il cerchio bluastro è segno di insufficiente scarico vasale che come ragione prima ha l'affaticamento del cuore, come ragione particolare le condizioni peculiari della regione, variabile naturalmente da soggetto a soggetto.

Perchè con tale affermazione non sia attribuita al segno una dignità patologica che ad esso non si conviene, poi, basta far notare che limiti tra fisiologia e patologia si può dire non esistano netti, come non esistono limiti netti tra sanità e malattia: alcuni segni che presenta l'uomo sano sono al confine del campo della fisiologia e si toccano con quelli che universalmente sono considerati come patologici. Noi possediamo poteri di riserva, di pertinenza del fisiologo, ma il cui uso e specialmente l'uso eccessivo dà segni che sconfinano dai limiti delle manifestazioni fisiologiche e penetrano nei confini indistinti della patologia.

Naturalmente il cerchio livido-bluastro non ha sempre la medesima patogenesi: deve certo ricorrersi a ben più complicato meccanismo per spiegare la frequenza con cui esso si trova in sofferenti gastro-intestinali per esempio; ma dovendoci

fermare al cerchio palpebrale che segue al *surmenage* fisico ed intellettuale, possiamo ritenere che esso sempre rappresenti un segno d'*insufficiente scarico vasale*. È naturale che alcune palpebre acquistino talora un vero *colorito* brunastro, in seguito a stasi croniche, come si verifica frequentemente in coloro che si assoggettano a gravi e continuati lavori durante le notti insonni, in coloro che commettono eccessi venerei; nella stasi cronica le palpebre, come molte altre parti del corpo, per ectasia permanente dei piccoli vasi, e forse per un'ipercromia della cute conseguente, conservano, anche se la causa è momentaneamente eliminata, il colorito acquisito. *i. p.*

(113) *Cura della febbre puerperale.* — Prego codesta Redazione pubblicare nella rubrica del *Policlinico* « Posta degli abbonati » quale sia la cura odierna della febbre puerperale, avendone in cura un caso.

Ringrazio sentitamente e mi ripeto

Narni (Perugia).

Aff.mo
Abbonato 4503.

La cura della febbre puerperale si può riassumere per sommi capi: verificare con la massima esattezza la diagnosi di sede della lesione primitiva. Se si tratta di vulvo-vaginite da lacerazione infetta, con le superfici di lacerazione di aspetto lardaceo, si praticano causticazioni generose delle dette superfici con acido fenico puro è alcool a parti uguali, seguiti da abbondanti lavaggi vaginali con soluzione di lysoform o con acqua jodata. Se le lesioni hanno sede più in alto nel canal genitale, se si tratta cioè di cerviciti per lacerazioni infette del collo, o di endometrite settica vera e propria, con utero grosso, flaccido e abbondante secrezione puriforme spesso di cattivo odore, occorre allora praticare le irrigazioni endouterine, con una grossa sonda; queste irrigazioni si possono ripetere più volte nella giornata, secondo la gravità dei casi ed è bene che siano abbondanti (talvolta fino 10 litri per lavanda) e possono essere fatte con soluzione di lysoform, con acqua jodata, con soluzione di permanganato di potassio, con soluzione di ipoclorito di calcio. Le erosioni del collo uterino debbono essere causticate con acido fenico e alcool e la cavità endouterina, nella endometrite, con tintura alcoolica di jodo.

Questo per la cura locale; in quanto alla generale si sono ottenuti risultati veramente soddisfacenti con le iniezioni endovenose di preparati colloidali di argento, oltre alla cura sintomatica, ghiaccio sulla testa e sul ventre in ispecie se vi è cellulite pelvica, iniezioni ipodermiche di olio canforato, digalèn per sostenere il cuore, dieta liquida e roborante.

Furono tentate le iniezioni endovenose di sublimato (1 centigr. in 10 cmc.), con risultati talvolta discreti, ma talvolta nulli.

Le iniezioni di argento colloidale, invece che per via endovenosa si possono praticare anche intramuscolari, però con risultati molto meno pronti ed energici. F. B. L.

(114) *Sull'uso dell'olio canforato.* — Il dottor F. Lutri Sirugo, di Avola (Siracusa), abb. 1070, ci chiede consiglio circa l'uso dell'olio canforato ad alte dosi, in chirurgia ed in medicina.

In Francia e specialmente negli ultimi tempi, l'olio canforato è nel suo quarto d'ora di notorietà, usato nella cura e nella profilassi delle peritoniti acute, nella profilassi e nella cura degli stati adinamici, siano essi provocati da shock operatori, o da stati infettivi.

Entro certi limiti possiamo assicurare per l'innocuità della canfora, che anche noi abbiamo spesso usato ad alte dosi senza il menomo inconveniente; i pericoli sul cuore sono veramente scarsi (v. *Policlinico*, Sez. pratica, 1912, p. 542), e non tali ad ogni modo da controindicare l'uso del metodo.

Intorno ai resultati per quanto riguarda l'uso dell'olio canforato nelle peritoniti sono discordi i pareri: ed è naturale il dissenso se si pensi che non ancora numerose sono le statistiche operatorie, e che ne esistono di quelle con buoni resultati senza l'uso dell'olio canforato.

Anche in Italia però viene qua e là usato dai chirurgi: il *Policlinico* ha ultimamente (Sezione pratica, fasc. 17, 1913), pubblicato un'osservazione clinica del Cormio degli ospedali di Roma, in cui l'A. si dimostra fautore del metodo e non teme le alte dosi.

Circa i resultati che si ottengono nella pratica medica, noi siamo convinti che l'olio canforato possa rendere dei veri servigi negli shock e nella adinamia acuta da dilatazione del cuore, ma che esso abbia un'efficacia aleatoria quando il miocardio sia compromesso o per affezione cronica o per grave affezione acuta (degenerazione miocardica). *i. p.*

VARIA

Un museo ambulante della tubercolosi. — Allo scopo d'istruire il pubblico sulla questione della tubercolosi, di prospettare i pericoli e le stragi di questa malattia, i mezzi per premunirsene e guarirne, il « Comitato Centrale Tedesco per la lotta contro la tubercolosi » ha costituito un Museo permanente a Berlino ed alcuni musei ambulanti allogati entro baracche Doecker smon-

tabili ch'esso fa viaggiare per le diverse città dell'Impero ed esporta qualche volta all'estero: è così che, a cura del Comitato, un museo ambulante della tubercolosi figurava all'Esposizione di Bruxelles.

Nella *Presse Médicale* del 29 marzo 1913 i dottori M. Perrin e G. Thiry ci fanno conoscere gli elementi costitutivi di questo museo, la cui idea può essere accolta con vantaggio dai Comitati antitubercolari di tutti i paesi civili.

Accanto a documenti molto istruttivi e suggestivi per il pubblico, esso ne contiene di quelli inutili.

Nei paesi neo-latini verrebbe compresa diversamente la composizione di un museo simile.

Nonpertanto si deve riconoscere il grande merito e il successo pratico degli organizzatori di questo museo (il quale è dovuto a due medici militari tedeschi, Klehmet e Wezel).

Tutto il materiale porta le firme di celebri medici della Germania. È ripartito in sette sezioni, e cioè:

I. STRUTTURA DEL CORPO UMANO.

Sei tavole anatomiche. Un modello del cuore e dei polmoni in grandezza naturale; un polmone sezionato.

II. NATURA E CAUSE DELLA TUBERCOLOSI.

Riproduzione dell'espettorato di un tisico. Infezione da polveri. Infezione da goccioline di saliva. Esposizione di fiale contenenti varie specie di polveri provenienti dalle industrie. Schemi rappresentanti la penetrazione dei germi entro una vescicola polmonare. Quattro modelli di vescicole polmonari ingrandite, l'una con un focolaio iniziale di bacilli, altre due più o meno invase, la quarta con decomposizione caseosa. Tubercolosi della bocca e della gola.

Questa sezione è illustrata da leggende molto dettagliate e facilmente accessibili ai profani, sulle vie d'introduzione e diffusione della tubercolosi nell'organismo. Non si è mancato di farvi rilevare giustamente il grande merito di Roberto Koch. Si afferma però con candore: « del resto è in Germania che sono state fatte le scoperte più importanti nel terreno delle malattie fnfettive ». Si passano così sotto silenzio gli stranieri, da Bassi a Villemin, da Pasteur a Lister.

III. EVOLUZIONE DELLA TUBERCOLOSI

Schemi delle diverse fasi della tisichezza polmonare. Tubercolosi incistata, aperta, miliare. Preparazioni anatomo-patologiche varie. Riproduzione delle diverse fasi della tubercolosi. Radiografie delle lesioni tubercolari. Diapositive e fotografie di lesioni cutanee: visioni terrificanti pei visitatori.

IV. PROPAGAZIONE DELLA TUBERCOLOSI.

Serie di grafiche e di quadri commentati. Mortalità nell'impero tedesco in diverse età, epoche, ecc.; confronti con altre malattie.

Risulta che la tubercolosi miete più di 100,000 vittime all'anno in Germania: su tre decessi da 15 a 60 anni ve ne sarebbe uno di tubercolosi.

V e VI. PROFILASSI DELLA TUBERCOLOSI.

Misure profilattiche generali: cura della bocca e dei denti (modelli di denti sani e malati; modo di usare lo spazzolino); alimentazione (valore alimentare dei cibi, raffigurato in quadri: l'arte di alimentarsi con 45 *pfennig* al giorno); influenza dell'alcool sulla degenerazione della razza e sulla tubercolosi; spese per bevande alcooliche; igiene degli alloggi (la tubercolosi viene prospettata come la malattia delle abitazioni); la nettezza (che viene dichiarata il primo precetto dell'igiene; mezzi per levare le polveri); il vestiario (danni del corsetto serrato); esercizi fisici.

Misure preventive speciali: campioni di antisettici; sputacchiere portatili e per appartamento; sacchi per biancheria; utensili pratici ad uso dei tisici, come fazzoletti di carta giapponese che possono essere bruciati; modelli di apparecchi per disinfezione; quadro raffigurante la pulizia di una stanza di tubercolotico; saggi di avvisi al pubblico; ecc.

VII. LA CURA E LA GUARIGIONE DELLA TUBERCOLOSI.

Vedute di sanatori, di sedie a sdraio, di amache, ecc. Quadri e grafiche dimostranti la parte dell'assicurazione nazionale contro le malattie in Germania nella lotta contro la tubercolosi. Carta dell'Impero tedesco raffigurante le istituzioni antitubercolari.

Libri di propaganda.

La serie degli oggetti esposti viene chiusa dalla presentazione di tre ritratti di medici tedeschi distintisi nella lotta contro la tubercolosi: Roberto Koch, scopritore del bacillo (1882); Ermanno Brehmer, promotore dei sanatori (1854); Pietro Dettweiler (1837-1904), il quale codificò la cura igienico-dietetica.

***

Da questa rapida esposizione si rileva che il Museo ambulante del Comitato tedesco è veramente tedesco nella concezione, nell'esecuzione e nell'esclusivismo scientifico. Ma è meritevole di ammirazione; è una raccolta molto documentata, molto metodica e molto praticamente organizzata, da cui gli stessi medici possono attingere informazioni molto utili e interessanti. È una dimostrazione pratica, la quale parla agli occhi e s'imprime nella memoria. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. CASTELLANI ed A. CHALMERS. **Manual of Tropical Medicine.** Seconda edizione. Londra, Ballière, Tindall e C° editori, 1913. Prezzo scellini 21.

Di questa magnifica opera il *Policlinico* ha già parlato quando nel 1910 uscì la prima edizione; ma poichè non si tratta di una semplice ristampa, val la pena indicare come gli A. A. abbiano saputo mantenere al loro lavoro il primato che aveva subito acquistato fra i libri dello stesso genere che possiede la letteratura medica.

Il formato è rimasto lo stesso, ma il volume da 1241 pagine è salito a 1747; le incisioni che erano 373 sono ora 630, le tavole colorate 15 e tutte dànno un carattere eminentemente dimostrativo al testo, condotto in stile sobrio, serrato e denso di fatti, lucido ed ordinato come meglio non si potrebbe desiderare.

La redazione di quasi tutti i capitoli si è accresciuta di paragrafi aggiuntivi, e qualche capitolo è interamente nuovo, come quelli sulle razze tropicali e su alcuni speciali traumatismi. Di tutti i fatti acquisiti alla scienza, anche i più recenti, è data notizia e le relative dottrine sono esposte con sano e succinto criticismo. Le questioni inerenti alle varie forme di tripanosomiasi, di leishmaniasi, di febbre ricorrente, di dissenteria, quelle della pellagra, della framboesia e delle più rare infezioni protozoarie, delle svariatissime malattie parassitarie, ecc., sono trattate obiettivamente e con chiarezza, in modo che il lettore può prontamente orientarsi fra le varie correnti di idee.

A chiarire le più complesse questioni serve molto la divisione adottata dagli AA. che hanno separato la trattazione di buona parte dell'eziologia (cause fisiche, chimiche e parassitarie) dalla descrizione delle malattie; in tal guisa, senza sforzo alcuno, il lettore è condotto a formarsi uno schema della sistematica dei parassiti e delle loro affinità ed analogie, mentre nella parte clinica più facilmente vengono rilevate le rassomiglianze e le differenze delle varie malattie febbrili, come di quelle costituzionali o dei vari apparati.

Crediamo sarebbe difficile, anche ad un critico armato degli occhi di Argo, il trovare errori e deficienze in questo libro, elaborato da due Autori, che a siffatti studi hanno votato tutta la loro non comune attività scientifica, la quale è del resto universalmente apprezzata. Il Chalmers infatti fu testè chiamato a dirigere i laboratori di ricerche di patologia, fondati alcuni anni or sono da Wellcome a Karthoum. Il Castellani fu recentemente designato dal nostro Consiglio Superiore d'istruzione pubblica per la nomina a Direttore dell'analogo *Istituto Italiano di studii delle malattie tropicali*, che il ministro Credaro ha promesso di fondare.

Tale designazione ha trovato consenzienti quanti conoscono i lavori e le scoperte del giovane e già illustre patologo; ma non si capisce perchè quell'alto consesso abbia inteso di affidargli unicamente la cattedra delle malattie interne, riservando non si sa a chi le malattie della pelle. Neanche a farlo apposta, il Castellani in questi ultimi anni si è occupato specialmente delle malattie cutanee tropicali e dei relativi parassiti, di cui ha scoperto un'intera ricchissima e nuovissima flora! Del resto anche la sua scoperta del *Treponema pertenue*, agente infettivo della framboesia tropicale, così affine alla sifilide, riguarda una malattia che ha delle manifestazioni essenzialmente dermatologiche.

Ma dal dire al fare c'è di mezzo il mare, e questo deve essere varcato prima che sorga il nuovo Istituto; nel frattempo (e certo coi nostri sistemi ci vorrà qualche anno) anche così strana scissione potrà essere tolta di mezzo.

Frattanto speriamo pure che il presente trattato trovi in Italia un editore, sì che possa essere letto e studiato da quanti frequenteranno il futuro Istituto Italiano per le malattie tropicali.

F. RHO.

R. RIBOLLA. **Il medico a bordo e nei paesi tropicali. Manuale teorico-pratico di igiene navale e di patologia esotica.** Milano; Editore Ulrico Hoepli. L. 3. 50.

In questo manuale il Ribolla con forma piana e concisa ha saputo riunire tutte quelle nozioni che possono riuscire utili non solo ai medici di bordo, ma anche ai sanitari che vivono isolati nei piccoli centri coloniali.

Dato lo sviluppo che oramai le nostre colonie vanno prendendo, la pubblicazione del Ribolla viene a riempire una lacuna fino ad oggi lamentata.

Questo manuale è non soltanto frutto di una diligente ed accurata compilazione delle maggiori e più recenti opere pubblicate all'estero, ma porta altresì dati dell'esperienza personale fatta dall'autore, il quale ha visitato tutta l'Africa orientale e nordica, e ha avuto occasione di studiare negli ospedali locali le forme morbose più importanti e diffuse.

Oltre alle molteplici cognizioni di patologia esotica, il medico coloniale troverà in questo manuale riuniti tutti i metodi più facili e più semplici per poter fare le principali ricerche bromatologiche sull'acqua, sul vino, sull'olio, sui cereali e sulle paste.

A. S.

Estudios sobre la Enfermedad del Sueno y les condiciones sañitarias en los territorios espanoles del Golfo de Guinea, publicados bajo la direcciòn del Dr. GUSTAVO PITTALUGA. — 1 vol. in folio, di pag. 445, con 111 figure e XII tavole. Madrid, Imprenta Artistica de J. Blass y C ia.

Il Governo Spagnuolo ci dà l'esempio di una missione organizzata con larghi mezzi per lo studio sanitario della Guinea spagnuola.

Vi è stato indotto dai successi d'ordine sanitario riportati nelle colonie inglesi e tedesche limitrofe.

La missione è stata diretta dal Pittaluga, un italiano ispanizzato, il quale fa onore alla patria d'origine ed a quella d'adozione, già noto per le sue campagne antimalariche e per i suoi studi sulle filariosi e sulle tripanosomiasi.

I lavori della Commissione sono stati compiuti con metodo, attività, solerzia.

Hanno condotti a risultati notevolissimi: ci basti segnalare la distribuzione topografica della malattia del sonno, delle filariosi, della lebbra, della malaria, della febbre emoglobinurica, della dissenteria amebica; una ricca messe di fatti clinici concernenti sovratutto la malattia del sonno; l'esistenza di nuovi ematozoi nel sangue di animali; la determinazione di molti ditteri e il loro intervento nella diffusione degli ematozoi; le norme profilattiche tracciate e le proposte concrete avanzate al Governo (tra le altre quella di un corso di medicina tropicale).

A parte il valore scientifico dei dati raccolti in questo volume, dobbiamo apprezzare le applicazioni di cui saranno suscettibili.

Chiudiamo questo cenno riportando alcune considerazioni del prof. Ramòn y Cajal dalla splendida prefazione che il grande scienziato ha apposto al volume; esse contengono un ammaestramento per noi:

« Fra tutte le risorse della civiltà nessuna penetra più addentro nel cuore dei popoli primitivi, come l'arte salutare, che mitiga il dolore, che evita la sofferenza, allontana la vecchiaia e la morte. Nell'occupazione di un paese è saggia politica che il medico e il naturalista formino l'avanguardia dell'amministratore e del soldato. Solo questa condotta può ottenere, con la sommissione degli indigeni e il rispetto ai pubblici poteri, la pace e la prosperità... » I. T.

PIO COLOMBINI e ALBERTO SERRA. **La lepra in Sardegna**. Cagliari, S. Dessi, 1912.

ALBERTO SERRA. **Lo stato attuale della lepra in Sardegna**. Cagliari, S. Dessi, 1912.

Al prof. Pio Colombini, già direttore della Clinica dermosifilopatica di Cagliari ed ora di quella di Modena, ed al prof. Alberto Serra dobbiamo un accuratissimo studio della lepra in Sardegna. Dalle ricerche degli autori risulta che il numero dei leprosi esistenti nell'isola all'epoca delle loro ricerche ascendeva a ben 50, fra cui 30 uomini e 20 donne. Di tali casi sono state raccolte dagli AA. le storie cliniche, divise a seconda dei vari paesi nei quali esistono focolai leprosi, corredate da una serie di belle fotografie, e completate da interessanti considerazioni riguardanti la topografia e la climatologia dei focolai leprosi osservati e l'influenza dell'alimentazione, del sesso, dell'età, dell'ereditarietà sullo sviluppo di questa infezione. Chiudono il lavoro notevoli capitoli riferentisi alla immunità e predisposizione, alle vie del contagio ed ai sintomi iniziali, alle forme cliniche ed alla sintomatologia riscontrate nei numerosi infermi che furono oggetto di studio dei due AA., nonchè ai mezzi più indicati per impedire l'ulteriore dilagare della malattia ed ai metodi terapeutici usati.

Come complemento a questo primo studio il prof. Serra pubblica i casi clinici caduti sotto la sua osservazione dopo di quelli già raccolti e pubblicati nel primo lavoro e le modificazioni avvenute in questi ultimi dal 1907 (epoca in cui furono raccolte le storie cliniche) fino al 1912. Risulta dalle nuove ricerche del Serra che i focolai leprosi anzichè diminuire vengono invece ad aumentare e da 20 salgono a 21, e che il numero totale dei leprosi, per la morte di 10 fra quelli di cui è notizia nella prima memoria, non si riduce a 40, bensi arriva a 47 essendone stati osservati ancora degli altri.

Segnaliamo a tutti gli studiosi le accurate ed interessanti ricerche dei due autori per la nuova luce che esse portano sulle nostre conoscenze della lepra e ci auguriamo che esse siano di sprone alle autorità sanitarie per intensificare le misure atte ad impedire il propagarsi di questa infezione e ad ottenere la definitiva scomparsa dei focolai infettivi ancora esistenti. V. M.

O. BORDIGA. **Il problema del miglioramento delle terre e della colonizzazione interna in Italia e all'estero**. Napoli, Cooperativa tipografica, 1912.

Questo lavoro assume rapporti indiretti con l'igiene. Esso sintetizza quanto si è proposto e compiuto in Italia e fuori per attivare lo sfruttamento tecnico ed economico della proprietà fondiaria, affine di poter addivenire ad una serie di provvedimenti che valgano a rialzare la produzione. È questo l'intento al quale mirano i Comitati agricoli-antimalarici: per tale motivo la Federazione dei Comitati, diretta dal Rossi, ha voluto dare larga diffusione al lavoro, pubblicato negli Atti del R. Istituto d'Incoraggiamento di Napoli. A. S.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Quesiti di deontologia.

Mi viene rinnovata da un distinto collega, che è troppo occupato a fare il grande chirurgo per aver tempo di dedicarsi alla deontologia, una domanda che ho sentito rivolgermi più volte:

« Il medico è obbligato al referto all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza quando nell'esercizio della sua professione rilevi traccie di stupro violento o di altro delitto sessuale? ».

La parola stupro non è usata dal Codice Penale vigente. In esso il Titolo VIII è dedicato ai delitti contro il buon costume e l'ordine delle famiglie: appartengono alla prima categoria la violenza carnale, la corruzione dei minorenni, l'oltraggio al pudore, il ratto, il lenocinio; alla seconda l'adulterio, la bigamia, la supposizione e la soppressione di stato.

L'articolo 439 (L. III, T. I, Capo II) dello stesso Codice dice che « il medico, il chirurgo, la levatrice o altro ufficiale di sanità, che avendo prestato l'assistenza della propria professione in casi che possano presentare i caratteri di delitto contro la persona omette o ritarda di riferirne all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza, è punito, eccetto che il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale, con l'ammenda sino a lire 50 ».

I delitti contro la persona sono quelli previsti dal Titolo IX del Codice penale e perciò non hanno nulla a vedere con quelli sopracitati che sono delitti contro il buon costume e l'ordine delle famiglie.

Ergo, l'obbligo del referto non è sancito dall'articolo 439 del C. P. per i reati sessuali, e il medico che l'omette o lo ritarda non potrà mai essere punito in base all'articolo stesso.

Significa ciò che il medico, non avendone l'obbligo, non dovrà mai fare il referto?

A me pare di no. L'articolo 336 del Codice dopo aver detto che per i delitti di violenza carnale corruzione di minorenni e oltraggio al pudore non si procede che a querela di parte, stabilisce alcune eccezioni a questa norma generale, per le quali si procede d'ufficio, e la prima di esse è la seguente:

« Quando il fatto abbia cagionata la morte della persona offesa, o sia accompagnata da altro delitto per cui sia stabilita una pena restrittiva della libertà personale per un tempo non inferiore ai trenta mesi e si debba procedere d'ufficio ».

In questi casi di straordinaria gravità, che si prevede possano cagionare persino la morte, il congiungimento carnale non riveste più soltanto il carattere di un delitto contro il buon costume, ma l'atto materiale di esso deve essere considerato come produttore di tali lesioni da rappresentare insieme un delitto contro la persona, per cui è obbligatorio il referto. I legali obbietteranno che la lesione personale è punita non per la materialità del fatto, ma per l'intenzione di procurarla, mentre quando essa accompagna la violenza carnale, l'intenzione dell'autore era soltanto quella di soddisfare la propria libidine e non di produrre una lesione personale.

Io credo però che senza perder tempo in tante sottili disquisizioni giuridiche, nella pratica il medico onesto seguirà bene la sua coscienza più che la parola della legge se in quei casi in cui l'atto sessuale violento ha lasciato traccie di vere e gravi lesioni ne riferisca all'autorità punitiva, e farà ciò senza preoccuparsi della esistenza o no della querela di parte, perchè questa circostanza non è nominata nell'articolo 439 che parla del referto. E il medico onesto farà bene a ricordarsi che secondo il parere di persone competenti appartenenti al campo giuridico, al campo sociale ed al campo medico, la contaminazione venerea compiuta nell'atto di una violenza carnale è perseguibile come un delitto contro la persona, e perciò può essere anch'essa denunciata.

La guarentigia data ai colpevoli di delitti contro il buon costume dalla richiesta della querela di parte è una immoralità che Luigi Luzzatti in un suo recente alato discorso pronunciato all'Asilo Mariuccia di Milano giudicava una vergogna delle legislazioni moderne, e in mezzo alla congiura interessata del silenzio che viene pattuito fra i parenti della vittima ed il suo contaminatore un raggio di luce purificatrice può essere spesso portato soltanto dalla parola accusatrice del medico, anche se non richiesta tassativamente dalla legge.

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Contro la pubblicità ciarlatanesca. — Si è radunata in questi giorni una Commissione nominata dal Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma per studiare i mezzi di opporsi agli abusi della pubblicità medica sui giornali cittadini, composta dei dottori Garofalo, E. Della Seta, Marchi, Matteuzzi, Orsi, Pontano, Sforza e signorina dott. Sandescky. La Commissione ha riconosciuto i danni gravissimi che derivano alla salute ed

alla moralità pubblica dalla estrema libertà con la quale quasi tutti i giornali accettano avvisi per specialità pseudo-scientifiche, per gabinetti di cure segrete, ecc., ed ha stabilito di istituire un sindacato permanente su questo genere di pubblicità per opporsi con ogni mezzo legale e di propaganda al pregiudizio che ne deriva sia al decoro della classe medica sia alla salute e all'educazione specialmente dei giovani.

Per gli odontoiatri sforniti di diploma. — Alla Camera dei Deputati il 20 maggio l'on. Vicini, Sottosegretario di Stato per la P. I., rispondendo a due interrogazioni presentate dagli on. Sanarelli e Chimienti, ha dichiarato che il Governo non può consentire ad accordare una proroga del termine stabilito dalle disposizioni transitorie contenute negli articoli 3 e 4 della legge 31 marzo 1912, n. 298, per la presentazione delle domande di ammissione all'esercizio dell'odontoiatria per parte dei dentisti sforniti di laurea.

Nemmeno si può — ha soggiunto l'on. Sottosegretario — concedere, a coloro che presentarono bensì la domanda in termine, ma furono esclusi dal beneficio di detta legge a causa della difettosa, incompleta o tardiva presentazione dei documenti, un termine per completare e regolarizzare la documentazione.

L'on. Vicini ha notato, fra l'altro, che la Commissione incaricata di esaminare le domande, ha già terminato il suo lavoro ed è stata sciolta.

Dalle sue dichiarazioni si è appreso che sono state presentate in tempo oltre 600 domande, parecchie mandate dalle Americhe. Le domande tardive sono state 62. L'ufficio, prima di rinviarle, ha dato loro un'occhiata e ha rilevato che nella immensa maggioranza dei casi si trattava di domande tali e in tal modo documentate, che non avrebbero avuto alcuna speranza di essere accolte.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3840) *Pensioni.* — Al Dott. U.R. da S. rispondiamo che liquiderà annue lire 1119 di pensione. La domanda del riscatto deve farsi subito perchè essa importa l'obbligo di pagare entro un decennio una somma che varia dalle 5 alle 6 mila lire. I quindici anni di precedente servizio si intendono riscattati non appena effettuato il completo versamento della somma anzidetta

(3841) *Ricorso straordinario al Re - Giudizio per danni - Gratuito patrocinio.* — Il Dott. L. R. da N. non sapendosi spiegare come dopo due mesi non ha ancora conosciuto l'esito di un ricorso diretto in linea straordinaria al Re, chiede se possa chiedere risarcimento di danni, durante le more della decisione, e se possa chiedere personalmente il gratuito patrocinio.

I ricorsi straordinari al Re sono decisi con decreto reale previo parere del Consiglio di Stato a Sezioni riunite. Copia del relativo decreto viene trasmessa al Prefetto da cui il Comune dipende per la esecuzione. Essendo un po' lunga la procedura non deve far meraviglia che siano passati due mesi circa. Prima di iniziare il giudizio per danni sarebbe opportuno attendere l'esito del ricorso perchè in caso di favorevole decisione diverrebbe improponibile l'azione giudiziaria. A suo tempo si dovrà fare assistere da un avvocato per ottenere il gratuito patrocinio, essendo ciò indisepnsabile per illuminare la Commissione sul buon diritto che sorregge l'istanza.

(3842) *Concorsi - Documenti scientifici.* — Il Dottor D. G. da V. chiede conoscere se può presentare ad un concorso copia dei documenti scientifici redatti dal Sindaco su carta da bollo da cent. 60.

La copia dei documenti scientifici deve essere fatta da un pubblico notaio per la prova della autentica conformità all'originale. Osserviamo, però, che tenuto conto del disposto dell'articolo 75 del regolamento, applicabile per analogia anche ai medici condotti, l'esibizione dei titoli dovrebbe esser fatta sempre in originale, e ciò anche perchè non vedesi riprodotta nel caso la disposizione dell'articolo 96 del regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale secondo cui il segretario che concorre a più posti deve ad una sola delle domande unire i documenti originali od in copia notarile mentre a corredo dell'altro può allegare un elenco redatto in carta bollata.

(3843) *Pensioni.* — Al Dott. E. M. da E. rispondiamo che con 30 anni di servizio e 55 di età liquiderà annue lire 1280, oltre lire 300 corrispondenti ai versamenti volontari che farà nello spazio di 14 anni in ragione di lire 100 all'anno.

(3844) *Pensioni.* — Il Dott. L. R. da A. chiede conoscere quando potrà andare in pensione, l'ammontare di questa, a chi deve fare la domanda e con quali formalità, nonchè di quali ritenute è gravata la pensione stessa.

Potrà andare in pensione col 31 luglio prossimo compiendo in quella epoca 24 anni e 6 mesi di servizio. Liquiderà annue lire 905.53. Su tale pensione grava la ricchezza mobile in lire 7.65 % e la ritenuta dell'1 % prescritta dall'articolo 11 della legge 2 dicembre 1909, n. 744. La domanda con i documenti a corredo deve essere inviata all'ufficio sanitario della Provincia. I documenti da prodursi sono indicati negli articoli 57 e 58 del regolamento approvato con regio decreto del 9 marzo 1899, n. 121.

(3845) *Pensioni.* — Il Dott. D. D. da P. D. B. chiede conoscere quando potrà andare in pensione e quale pensione percepirà. Chiede anche conoscere se il medico condotto in caso di malattia infettiva, possa essere tenuto responsabile per la mancanza di talune pratiche di disinfezione proprie dell'ufficiale sanitario.

Ella conta ora 16 anni di servizio. Dovrà prestarne altri 9 per chiedere la pensione e collocarsi a riposo. Con 25 anni di servizio e 59 di età liquiderà annue lire 1071, con 30 anni liquiderà lire 1910 e con 31 lire 2157. Oltre l'obbligo della denunzia e della adozione delle prime ed urgenti misure di profilassi altro non ne ha il medico condotto in caso di malattia infettiva. Nessuna responsabilità può, quindi, essere ad esso addossata per negligenza o indugio nella adozione dei provvedimenti suggeriti dalla scienza per impedire la diffusione del morbo.

(3846) *Carabinieri - Cura gratuita.* — Il Dottor A. A. da M. V. che analogamente ci interpella rispondiamo che il medico a cura piena è obbligato a prestare la propria opera anche verso la locale Caserma dei RR. CC. tuttochè di tale onere non sia stato fatto cenno nel rispettivo capitolato.

(3847) *Farmacie.* — Il Dott. G. D. da C. D. R. chiede conoscere a quali norme dovrà soggiacere l'esercizio di una farmacia da lui ricevuta in eredità dal proprio genitore ed attualmente affittata.

Se la farmacia è situata in luogo ove ne era libero l'esercizio seguita a sussistere, senza pagamento di tassa di concessione per altri 20 anni. Che se la farmacia è posta in luogo ove esistevano vincoli o privilegi e risulta impiantata prima del 1888 ne è autorizzata la continuazione per altri 30 anni.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Il dott. Luigi Guidi ha conseguito brillantemente nell'Università di Roma la libera docenza in patologia speciale chirurgica. Il tema svolto era: « anastomosi e trapianti nervosi ». La commissione si componeva dei professori Tamburini, Alessandri, Marchiafava, Taddei e Minervini.

Al nostro ottimo amico e valente collaboratore facciamo i nostri rallegramenti.

GENOVA. — Il dott. Maestrini Dario è nominato assistente in fisiologia.

MESSINA. — Nel concorso al posto di direttore del Laboratorio medico micrografico sono risultati *ex aequo* i dottori Fernandez e Cannata.

TRIESTE. — Al dott. Ettore Licen è riconosciuto il diritto all'esercizio della professione medica a Trieste.

Condotte e Concorsi.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Tre condotte; L. 3000 pei poveri, con 3 sessenni, L. 700 per gli abbienti, L. 600 per cav., lorde; alla 2ª condotta è annessa la direzione sanitaria dell'Ospedale Angiolini, con retribuzione di L. 252. Scad. 15 giugno.

CAMPIGLIO CERVA (*Novara*). — Condotta con Guittengo e San Paolo Cervo, sede in Bologna; L. 7200 e L. 150 quale uff. san. Scad. 20 giug.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CASALNOCETO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 5000 lorde e L. 500 quale uff. san. Scad. 25 giugno.

CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illuminazione e riscaldamento. Scad. 31 luglio.

CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988; L. 3225 con due sesenni e L. 100 per supplenza al collega; diritto al mezzo di trasporto per distanze superiori ad 1 km. dal paese. Scad. 2 luglio.

* COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta; L. 3000 poveri e L. 1500 abbienti, 4 sessenni, L. 100 finchè disimpegnerà carica uff. san., L. 600 per cavalc. e L. 200 calcolate per fitto di conveniente alloggio, ovvero in numerario, assicurazione L. 40. Scad. 30 giug.

ENEGO (*Vicenza*). — Due condotte piene; L. 4500 lorde e L. 100 all'uff. san., non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 15 giugno.

FIORENZUOLA D'ARDA (*Piacenza*). — Condotta del riparto ovest; ab. 4500 dei quali 800 circa iscritti nell'elenco dei poveri; L. 3800 pei soli poveri, lorde, con tre sessenni; pei non poveri L. 1 a visita nell'interno e L. 1.50 nel distretto rurale; L. 50 pel carcere. Scad. 20 giugno.

GIRGENTI. — Condotta medica per S. Anna; L. 2400 lorde. Scad. 15 giugno.

GREVE (*Firenze*). — Frazione Lucolena, ab. 1691, L. 2600 pei poveri, L. 400 cavallo, due sessenni. Scad. 12 giugno.

LACONI (*Cagliari*). — Condotta interinale per la generalità; L. 300 mensili fino al 31 dic. 1913. Rivolgersi al Sindaco. Scad. 30 giug.

MALEGNO (*Brescia*). — Consorzio; L. 4550, cura piena, senza obbligo cavallo. Scad. 20 giugno.

* MONFORTE D'ALBA (*Cuneo*). — Medico chir. del Consorzio con Castelletto e Perno; L. 1500 pei soli poveri, 40 famiglie circa. Scad. 15 giug.

MONTEMURRO (*Potenza*). — Condotta pei poveri; L. 600 lorde e due sessenni. L'eletto dovrà prendere possesso della carica entro otto giorni dalla notifica della nomina. Scad. 15 giugno.

NOVARA. *R. Prefettura.* — Medico ordin. presso il Manicomio provinciale; L. 2800 e 4 sessenni. Durante il biennio di prova lo stipendio è di L. 2520. Rivolgersi alla segreteria della Deputazione provinciale. Scad 15 giug.

OROTELLI (*Sassari*). — Condotta; L. 4000 lorde. Scad. 16 giug.

OZIERI (*Sassari*). — Condotta pei poveri; L. 1800. Scad. 20 giugno.

PADOVA (*Ospedale Civile*). — Assistente; L. 1400 lorde; stanza; medaglia di presenza di L. 5 per ogni servizio di guardia. Nomina e conferma biennale. Scad. 30 giugno.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PESCIA (*Lucca*). *Spedale SS. Cosimo e Damiano*. — Assistente medico chirurgo; L. 1200 annue, vitto e alloggio nei giorni di guardia. Durata in carica due anni. Documenti al presidente dell'amministrazione ospedaliera entro il mese di maggio. Il prescelto entrerà in carica il 15 giugno venturo.

PIAN CASTAGNAIO (*Siena*). — Due condotte a cura piena, L. 3400, un sessennio, L. 600 cavallo, ab. 4691. Scad. 20 giugno.

PIANDIMELETO (*Pesaro Urbino*). — Condotta consortile del 1º reparto; L. 3300, cura piena, due sessenni di L. 300, L. 200 se uff. san, e L, 137.50 per supplenza reciproca tra i due medici. Non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 30 giug.

PIANELLO LARIO (*Como*). — Al 15 giugno condotta consorziale piena; L. 3900 lorde compreso uff. san., due sessenni, entrata servizio 10 giorni dopo partecipazione nomina.

POLVERARA (*Padova*). — Condotta: L. 3000 pei poveri, compresevi L. 500 per mezzo trasporto; L. 200 quale uff. san., 3 sessenni. Scad. 15 giug.

PONTE SAN PIETRO (*Bergamo*). — Due condotte consorziali a L. 3800 e L. 4200, oltre L. 250 all'uff. san. Scad. 20 giug.

* POPPI (*Arezzo*). — Condotta piena per Badia Prataglia; L. 3000; ab. 980 circa; obbl. tenuta arm. farm., esonero cavalc. Scad. 20 giug.

RANZANICO (*Bergamo*). — Condotta con Bianzano; ab. 1602; L. 3250, oltre L. 200 d'indennità alloggio, con tre sessenni. Scad. 30 giug.

REGGIO NELL'EMILIA. *R. Prefettura*. — Secondo medico assistente presso il Manicomio giudiziario; L. 1200; titoli. Età massima 40 anni. Rivolgersi alla segreteria della Deputazione. Chiedere l'avviso. Scad. 30 giug.

ROMA. *Congregazione di carità*. — Chirurgo assistente nella Casa di cura « Regina Margherita » e annesso ambulatorio in via Porta Angelica 3; L. 960. Età mssima 43 anni. Nomina triennale. Chiedere l'avviso. Rivolgersi alla segreteria della C. d. C. (piazza S. Chiara 14). Scad. 15 giugno.

* SAN GIOVANNI DI BIEDA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3000 lorde e 2 sessenni, L. 100 per arm. farm. e L. 100 quale uff. san. Ab. circa 1200 riuniti. Scad. 12 giugno.

SAN MAURO MARCHESATO (*Catanzaro*). — Medico chirurgo ostetrico per la generalità degli abitanti; L. 3000 lorde, compresovi compenso quale uff. san., ab. 1839. Scad. 15 giugno.

SIURGUS (*Cagliari*). — Consorzio con Donigala; L. 4200 nette compreso compenso arm. farm., abitanti 1900. Scad. 30 giug.

TOLFA (*Roma*). — 2ª condotta; L. 4300 lorde, di cui due terzi pei poveri; popolaz. totale 4083; servizio a turno nell'Ospedale; cav. non obblig, Età limite 35 anni. Scad. 30 giorni dal 31 magg.

TEOR (*Udine*). — Condotta libera; L. 3600 e L. 100 quale uff. san. Proroga al 22 giugno.

TORREBELVICINO (*Vicenza*). — Condotta piena; L. 4500 e L. 200 per l'eventuale servizio di uff. sanitario. Scad. 12 giugno.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza*. — Oculista dell'Ospedale Vittorio Emanuele III. Età massima 40 anni al 10 aprile. L. 1800 più indennità temporanea di L. 200 mensili. Esperimento di un anno; conferma per quattro anni. Domande all'Amministrazione entro il 15 giugno.

URZULEI (*Cagliari*). — Interino del Consorzio con Talana; L. 4000, L. 300 per mezzi trasp. e L. 200 per gestione arm. farmac. Scad. 10 giugno.

VALMONTONE (*Roma*). — L. 1800 pei poveri, L. 1200 per gli abbienti e L. 100 pel carcere. Scadenza 30 giugno.

VENEZIA. *Istituto Provinciale degli Esposti*. — Medico assistente: L. 1500 lorde di R. M. e alloggio personale. Età massima 30 anni. Scad. 30 giugno.

VILLAURBANA (*Cagliari*). — Condotta piena con Siamanna e Scapicia; L. 4000 aument. Ab. 2211 complessivamente. Arm. farm. Scad. 15 giugno.

Medico, 14 anni pratica ospedaliera, giovane, conoscenza lingue, cerca interinato buone condizioni, mesi di estate, montagna o mare, preferibilmente Piemonte o Liguria.

Scrivere: Tessera ferroviaria 52007. Fermo posta. Torino.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Macugnaga (Novara), Magenta (Milano), Varapodio (Reggio Cal.), Zagarolo [per due condotte] e Monterosi (Roma), Forno di Zoldo e Sappada (Belluno).

Conferma di diffide: Bagnacavallo (Ravenna), Bagni della Porretta (Bologna).

Revoca di diffide: Fiorenzuola d'Arda, Carpaneto e Vigolzone (Piacenza), Vaglia (Firenze), Rocca di Papa (Roma), Ponte San Pietro, Curno, Mozzo, Locate, Brembate Sopra (Bergamo).

Ci si comunica:

Prego sia diffidato nel prossimo numero del *Policlinico* il concorso alla condotta di Valmontone perchè aperto a cura piena, con supplenza gratuita reciproca durante il mese di congedo e in caso di malattia fino a 15 giorni, con servizio di campagna non regolato e zone non divise nell'interno della città.

Dott. A. ANGELINI
Presidente dall' Assoc. sanit. reg.

Nell'elenco dei concorsi manca l'asterisco della diffida per Ficano, ovvero sia per Frontale di Ficano come è scritto nel M. C. Gl'interessati

avranno abbreviato la dicitura, nell'incaricare della pubblicità il più diffuso dei giornali medici, per pigliar pesci all'amo. Sarei grato alla direzione se nel p. n. rettificasse.

Dott. AGOSTINO GIROTTI
Segret. della Feder. Marchig. dell'A. N. M. C.

La Sezione Veronese dell'A. N. M. C., previa diligente inchiesta sul licenziamento del dott. Calabresi dalla condotta di Castagnaro, ha proclamato il boicottaggio, sanzionato dalla Presidenza centrale, di quella condotta, a favore del dott. Calabresi, che rimane sul posto pel disbrigo del servizio.

La sottosezione di Vergato dell'A. N. M. C. riafferma il precedente deliberato di volere acquisito il diritto allo stipendio di L. 3000 in caso di abolizione delle condotte piene, e in conseguenza, pur ritirando le diffide dei comuni di Vergato, Grizzana, Castel d'Aiano, Gaggio Montano, Granarone, Camugnano e Castiglione dei Pepoli in premio dell'accondiscendenza mostrata nel concedere tutti gli altri desiderati della classe, invita i concorrenti a non accettare le nomine se prima nei singoli capitolati non sarà accolto anche il suddetto deliberato.

La sezione di Fermo dell'A. N. M. C. fa noto che, per le dimissioni del prof. Magni Egisto, resta vacante il posto di chirurgo primario dell'Ospedale e della città di Fermo e che la sezione intende siano strettamente applicati in questo caso i deliberati del Congresso di Cagliari. Si diffidano quindi i colleghi a non volere assumere per detta condotta servizio interinale (e non per i soli poveri) e con una diaria inferiore a lire 20.

NOTIZIE DIVERSE

IX Congresso internazionale di fisiologia.

Si terrà dal 2 al 6 settembre nella città di Groninga, sotto la presidenza del prof. H. J. Hamburger, direttore del grandioso Istituto fisiologico di quella storica Università.

I congressi precedenti ebbero luogo a Basilea (1889), Liegi (1892), Berna (1895), Cambridge (1898), Torino (1901), Brusselle (1904), Heidelberg (1907) e Vienna (1910).

I lavori si svolgeranno dalle 9 alle 17 di martedì, mercoledì e giovedì 2-4 settembre; il venerdì dopo pranzo avrà luogo l'adunanza generale di chiusura, nell'aula dell'Università, ove il professore J. P. Pawlow parlerà sulla «investigazione delle attività nervose superiori».

In una recente circolare il prof. Hamburger invita i congressisti a compiere, durante i lavori, delle dimostrazioni sperimentali, anche se già pubblicate; si darà ad esse la preferenza sulle comunicazioni orali.

È predisposta una gita a partire da sabato 6 settembre, attraverso alcuni dei più interessanti paesi dell'Olanda compresa la regione settentrionale poco nota ma molto caratteristica.

Al Congresso verrà unita un'esposizione di strumenti e apparecchi di fisiologia, il cui trasporto sarà esente da dogana (le casse verranno aperte nei laboratori dell'Istituto fisiologico).

Si è costituito un Comitato di signore per organizzare trattenimenti ed escursioni.

Congresso internazionale di neurologia, psichiatria e psicologia.

La Società Svizzera di neurologia, nella seduta del 5 maggio 1912, ha accolto ad unanimità il còmpito affidatole dal Comitato del Congresso internazionale di neurologia, psichiatria e psicologia svoltosi ad Amsterdam nel 1907, di organizzare cioè un nuovo Congresso internazionale.

Trasmettendo ufficialmente i suoi poteri alla Società Svizzera di neurologia, il Comitato olandese agiva in virtù delle risoluzioni adottate ad Amsterdam, le quali gli conferivano la missione di assicurare la permanenza di questi Congressi.

La Società Svizzera di neurologia ha deciso che il nuovo Congresso debba aver luogo a Berna dal 7 al 12 settembre 1914.

La circostanza che nel 1913 i neurologi e gli psichiatri avranno due volte l'opportunità di adunarsi, a pochi giorni d'intervallo, in Londra e Gand, ha fatto considerare la convenienza di rimandare ad un'epoca più remota questo Congresso. Ma si è ritenuto che non convenisse differirlo oltre il 1914, in vista dei progressi considerevoli che compiono la fisiologia e la patologia del sistema nervoso e della moltiplicità crescente degli studi riferentisi a questo dominio: il Congresso del 1914 affermerà indubbiamente la sua ragion d'essere di fronte al mondo scientifico.

Il Comitato organizzatore tiene ad imprimere a queste assise un carattere altamente scientifico. Esso fa appello alla benevola collaborazione dei competenti di tutti i paesi.

Come il Congresso di Amsterdam, anche quello di Berna estenderà i suoi lavori alla psicologia, scienza divenuta indispensabile per quanti si occupano di neurologia e di psichiatria.

Sono state escluse le questioni relative all'assistenza degli alienati, perchè saranno trattate in Congressi speciali di psichiatria, uno dei quali si riunirà prossimamente a Mosca.

La posizione eccezionale della Svizzera in Europa, la sua coltura influenzata dal genio delle grandi nazioni che la circondano e la varietà delle sue lingue nazionali, sono elementi che faciliteranno il convegno e l'intesa, nella capitale politica della Svizzera, di tutte le nazionalità.

Il Comitato organizzatore si farà un dovere di rendere gradevole agli ospiti il soggiorno di Berna. Conta sovratutto sulle bellezze naturali della Svizzera. Nel 1914 Berna sarà sede di un'Esposizione nazionale svizzera la quale porterà una diversione interessante ai lavori scientifici.

Il Comitato non ritiene di poter attribuire per ora un numero d'ordine al veniente Congresso, in quanto che varierebbe secondo che si considera o no il Congresso di Amsterdam come il primo del genere. La questione sarà decisa da un Comitato internazionale che dovrà essere costituito per assicurare la continuità di questi Congressi.

Il Comitato organizzatore è così composto: Dubois di Berna presidente; v. Monakow di Zurigo e P. L. Ladame di Ginevra vice-presidenti; R. Ring di Basilea, supplente; L. Schuyder di Berna e O. Veraguth di Zurigo, segretari.

Il VI Congresso internazionale di odontologia

si adunerà a Londra dal 3 all'8 agosto 1914, per invito della « British Dental Association ». Il re Giorgio V ha consentito di dare il suo patronato al convegno. Questo avrà luogo nell'Università di Londra e al Collegio Imperiale di scienza e tecnologia, South Kensington.

Le cariche sono così distribuite: presidente effettivo, J. Howard Mummery; segretari generali, Norman G. Bennett e H. B. F. Brooks; tesoriere onorario H. Baldwin. Il Comitato organizzatore è presieduto da W. B. Paterson, presidente della Federazione odontoiatrica internazionale; segretario generale ne è F. J. Pearce.

I congressi precedenti furono tenuti a Parigi (1889), Chicago (1893), Parigi (1900), St.-Louis (1904), Berlino (1909).

Gli uffici del Congresso sono a Hannover-square 19 London W.; ivi sono da inviare le relazioni e le comunicazioni e da chiedere gli schiarimenti.

IX Congresso internazionale di climatologia, idrologia e geologia mediche.

Si riunirà a Madrid dal 13 al 22 ottobre 1913. Avrà lo scopo di discutere il trattamento e la profilassi delle malattie mediante le acque minerali e i fattori climatici e meteorologici. La segreteria, diretta dal D.r Rosendo Castells, ha il seguente indirizzo: Encarnación 10, principal, Madrid.

IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali).

E' stato pubblicato il programma generale di questo importante Congresso, che avrà luogo in Roma dall'8 all'11 giugno nell'Aula Magna della R. Università e del quale è presidente generale S. E. l'on. prof. Gr. Cord. Guido Baccelli.

Tra le numerose adesioni, oltre a molti cultori della scienza e uomini politici, si notano il Governo, molti Comuni, Associazioni industriali e operaie. Vastissimo è il programma scientifico e tecnico, nel quale figurano 9 relazioni generali e oltre 100 comunicazioni sui più importanti argomenti di patologia ed igiene del lavoro.

Il 7 giugno, alle ore 21, si tiene una riunione preliminare dei congressisti all'Università, con ricevimento offerto dal Comitato esecutivo. Domenica, 8 giugno, alle ore 10, inaugurazione del Congresso nell'Aula Magna universitaria con intervento delle Autorità. Lo stesso giorno, alle ore 15, cominciano le sedute, che continueranno sino a tutto mercoledì 11; domenica: alle ore 22, grande ricevimento in Campidoglio offerto dal Comune di Roma in onore del Congresso; lunedì 9, alle ore 21, conferenza del dottor A. Ranelletti, nell'Aula Magna dell'Università, su *Bernardino Ramazzini*, il padre della patologia del lavoro. Giovedì, 12, gita nei dintorni di Roma.

Ai congressisti sono accordati i soliti ribassi di viaggio, l'ingresso gratuito ai Musei Capitolini, ecc. Per le ulteriori adesioni e informazioni si avverte che la Segreteria del Congresso dal 1° giugno è stata trasferita alla Università.

Il VI Congresso nazionale dei medici ospedalieri

si terrà a Torino, nell'ottobre di quest'anno.

La Commissione ordinatrice, che ha per presidente il dott. Giovenale Salsotto, medico primario dell'ospedale di San Lazzaro, e per segretario generale il dott. Enzo San Pietro, ha da tempo iniziato i suoi lavori.

Prossimamente saranno pubblicati il regolamento e il programma del Congresso. Intanto la Commissione ordinatrice, che ha la propria sede in via dei Mille 16, Torino, prega i colleghi volonterosi di inviarle al più presto i temi che credessero di trattare, relazioni d'argomenti importanti e quanto altro ritengono che possa interessare il Congresso.

Il pieno successo riportato dal Convegno regionale lombardo fa auspicare un largo concorso e l'esauriente dibattito e la soluzione di questioni medico-sociali importanti in seno al prossimo Convegno nazionale.

Congresso cattolico antialcoolista.

Nel salone dell'Arcivescovado di Milano si è adunato il primo Congresso antialcoolista cattolico italiano, indetto dalla associazione nazionale « La nuova Crociata ».

Vi intervennero numerosi rappresentanti. Vi aderirono note personalità ecclesiastiche e laiche, italiane ed estere, e varie associazioni antialcoolistiche. Tenne la presidenza il prof. Bettazzi di Torino. Nelle due sedute si trattarono argomenti importanti; ne furono relatori il dott. Parisi di Roma, l'on. Adamo Degli Occhi e l'avv. Floriani di Milano. Fu trasmesso un telegramma al presidente del Consiglio on. Giolitti; in esso si fanno voti per la sollecita approvazione del progetto di legge sullo spaccio delle bevande alcooliche, il quale è ora innanzi al Parlamento.

Società fra i cultori delle malattie esotiche.

Terrà una riunione privata a Messina, per trattare il tema della « Leishmaniosi umana in Italia ».

Essa avrà luogo il 15 di giugno dalle 8 ½ alle 12 e dalle 14 ½ alle 18 nell'aula magna della Scuola industriale Trento e Trieste.

Sulla « Leishmaniosi interna » presenteranno delle relazioni Scordo e Di Cristina; terranno delle comunicazioni Gabbi, Lombardo, Montoro, Scordo, Cannata, Caronia, Spagnolio, Tomaselli, Salvatore, Puglisi-Allegra, Ranieri, Timpano, Licciardi, Micciancio, Signer, Pugliatti, Lacava, Bianco, Abate e Stilo.

Sulla « Leishmaniosi esterna » (della cute e delle mucose) presenteranno delle relazioni Lacava e Pulvirenti e delle comunicazioni Scordo, Fazzari e Licciardi.

L'ordine del giorno reca anche: distribuzione dei diplomi ai soci e domande di ammissione di nuovi; proposte per nomine di soci d'onore; proposte di temi per la riunione che avverrà nel maggio 1914 al Congresso medico calabro-siculo; comunicazioni varie.

Presidente e rappresentante del Comitato è il comm. prof. U. Gabbi, Messina.

Istituto per lo studio delle malattie tropicali.

Nel corso della discussione del bilancio della pubblica istruzione, l'on. ministro Credaro ha annunciato che il Governo sta pensando alla fondazione di un Istituto per lo studio delle malattie tropicali, argomento che dopo la conquista della Libia è diventato d'importanza vitalissima per l'Italia. La questione è già stata sottoposta al Consiglio superiore della pubblica istruzione, il quale si è pronunciato per la fondazione di un Istituto tropicale presso l'Università di Napoli, ed è stato chiesto al rettore dell'Università stessa se vi siano i locali necessari. Le pratiche sono a questo punto; esse passeranno poi prossimamente al Ministro delle colonie, il quale pure potrà esaminare se l'Istituto debba fondarsi invece che a Napoli a Tripoli.

Per gli Istituti di alta coltura di Milano.

Il ministro Credaro ha presentata il 27 maggio alla Camera il progetto di legge per l'approvazione, tra le altre, delle convenzioni stipulate il 23 aprile e il 3 maggio col Comune, la Provincia, la Cassa di risparmio e la Camera di commercio di Milano per il mantenimento degli istituti clinici di perfezionamento e la costruzione di nuove sedi per gli istituti di istruzione superiore.

Lo Stato contribuisce con 5,500,000 in cinque rate alla spesa pei nuovi edifizi ed accresce la parte ordinaria del bilancio di 30 000 lire per la spesa di mantenimento degli Istituti clinici; autorizza il Governo ad alienare al comune di Milano gli stabili ora occupati da vari istituti superiori per 2,100,000 e la Cassa depositi e prestiti a concedere al Comune un mutuo di lire 3.530,000 ed alla Provincia di circa 500,000.

Propaganda igienica.

Il Comitato provinciale agrigentino per la propaganda igienica, costituito in seno alla sezione di Girgenti dall'A. N. M. C. e composto dei dottori V. Bonfiglio, P. Curatolo, G. Nastri, A. Tuttolomondo e P. Vadalà, ha avuto la feconda idea di diffondere per mezzo di fogli volanti le principali nozioni sulle malattie popolari.

Ci è pervenuta la prima (crediamo) di tali pubblicazioni; è relativa all'anchilostomiasi.

Abbiamo ammirato il principio informatore di questo efficace mezzo di propaganda.

Incetta di malati.

Il questore di Napoli ha diramato agli uffici dipendenti una circolare affinchè essi invigilano su di una speculazione la quale viene esercitata a danno dei malati che si recano dalla provincia in città per ottenere dei consulti.

« Una truffa con circostanze di fatto aggravanti (dice la circolare) ha rimesso a nudo una delle piaghe sociali, che inquinano la vita cittadina: la speculazione sugli infermi provenienti dalle provincie.

Con siffatta speculazione, a prescindere dal danno professionale che ne deriva a molti illustri clinici della città, vien messa a duro cimento la vita e la salute degli infermi, i quali vengono accompagnati anzichè da professionisti di valore da mestieranti che abbassano e discreditano la missione nobilissima e umanitaria del sanitario.

Il fatto della truffa commessa a danno di Giudice Vincenzo, per la quale un adolescente ferito in pericolo di morte, è stato portato per ben tre ore in giro per la città, oggetto della più immonda speculazione, è prova evidente ed indiscutibile del pervertimento morale e della capacità a delinquere di cotesti trafficanti della salute dei cittadini.... ».

Per lo studio del cancro.

A Vienna è in costruzione un grande istituto per lo studio del cancro; è posto sotto il protettorato dell'imperatore Francesco Giuseppe e sarà diretto dal prof. Eiselsberg, direttore di una delle due cliniche chirurgiche universitarie.

A Buffalo si è testè inaugurato un istituto per lo studio del cancro sorto sotto la direzione di Gaylord: è allogato al Rosswell-Park.

Il radio all'Ospedale Maggiore di Milano.

In una recente seduta del Consiglio comunale di Milano alcuni consiglieri proposero e insistettero perchè il Comune concorra nella spesa occorrente a dotare l'Ospedale Maggiore di preparati di radio. La Cassa di risparmio si è impegnata a versare 15 mila lire, ma alla condizione che siano raccolte le altre occorrenti per l'impianto completo, preventivato in lire 40-50 mila. Si è rilevato che il radio puro costa mezzo milione al grammo ma che per l'uso bastano pochi centigrammi, di modo che il preventivo è largamente bastevole.

L'assessore all'igiene prof. Menozzi promise che il Comune concorrerà e in misura sufficiente.

L'alcool pei laboratori.

Su di un progetto di legge approvato dal Senato, il quale modifica la legge per l'applicazione della tassa sugli spiriti, i senatori Foà e Ciamician hanno ricordato l'esenzione da concedersi all'alcool usato nei gabinetti scientifici. Il relatore Frascara e il ministro Facta hanno replicato, mettendo in evidenza come il progetto debba servire a impedire le frodi e far rendere la tassa, come deve, al bilancio dello Stato.

La rubrica della beneficenza.

La vedova e i fratelli del compianto Enrico Bertarelli di Milano, ad onorarne la memoria, hanno elargito per opere di beneficenza lire cinquanta mila, di cui mille all'Istituto Radioterapico del-

l'Ospedale Maggiore per contribuire alla compera del radium, mille a ciascuna delle seguenti istituzioni: Poliambulanza di via Arena, Istituto rachitici, Istituto di San Vincenzo per i deficienti, Comitato per la cura di Salsomaggiore, Scuola-sanatorio tignosi e granulosi, ecc., cinquecento a ciascuna delle seguenti istituzioni: Ospedale dei bambini, Associazione contro la tubercolosi, ecc.

È morta a Napoli la vedova del senatore Enrico Curani, il quale aveva disposto per testamento che alla morte della signora la somma di lire 2,800,000 da lui lasciata andasse al Pio Monte della Misericordia.

Cospicui concorsi senza concorrenti.

In occasione della seduta annuale dell'Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, tenutasi il 25 maggio al Palazzo Ducale di Venezia, il professore Nino Tamassia disse nella sua relazione dei concorsi andati deserti. Restano aperti undici concorsi, per la cospicua somma di lire 52,000.

La spedizione sanitaria italiana di Scutari.

È composta dei medici: colonnello Rosati, maggiore Bisio e capitano Abbamondi.

Va acquistando grandi benemerenze presso la popolazione. Ogni giorno i tre valenti sanitari, coadiuvati dalle suore di carità, medicano nell'ambulatorio centinaia di malati.

Particolare curioso: è stato riscontrato che fra i campagnoli dei dintorni di Scutari, i quali più di tutti soffrirono le privazioni e la fame durante l'assedio, domina una strana malattia di stomaco provocata, sembra, dalle numerose ortiche mangiate, le uniche erbe che si trovassero allora in abbondanza.

Un processo per diffamazione.

Si è svolto al Tribunale di Pesaro un processo per diffamazione promosso dal presidente della Congregazione di Carità, signor Torquato Giuliani, contro il dott. Marco Camanzi, già assistente presso l'Ospedale di San Salvatore.

Dopo lungo dibattito si venne ad un accomodamento. Il signor Giuliani rilasciò dichiarazione con la quale ritira la querela, « persuaso dell'esistenza dei lamentati inconvenienti, dopo aver avuto in Tribunale le spiegazioni del dott. Camanzi ».

La casa dei medici in Francia.

È stata fondata nel 1908 nel dipartimento di Eure e Loire a 100 km. da Parigi in aperta campagna ed è attualmente amministrata da un Comitato presieduto dal prof. Remier, chirurgo degli ospedali, assistito dai dottori Triboulet, Cuneo, Vass, Schmit. Essa è destinata ad accogliere i colleghi che, sul termine della loro carriera, si trovano in situazione precaria per malattia o per rovesci di fortuna.

Comprende una sala da pranzo, una cucina, sale di ritrovo e gli alloggi per i ricoverati, che passano vita indipendente. Il soggiorno è gratuito per i poveri: aperto agli altri mercè un tenue canone annuo.

Una commissione delibera sui titoli.

Da due anni la Casa del medico ha una diecina di pensionati (*Gazz. d. Osp.*).

Una Società di mutuo soccorso per vedove ed orfani di medici

si è costituita in Francia sotto il patronato dell'Associazione generale di previdenza e di mutuo soccorso dei medici. Presidente è stata eletta la signora Butte; segretario generale il dott. Watelet, rue de Surène 5, Parigi.

Azione giudiziaria tra due medici

Ci siamo già occupati (nel fasc. 22, pag. 802) di una sentenza del Tribunale di Parigi contro il dott. Louis Dieupart, il quale aveva ricusato di prescrivere la dioradina in un sanatorio diretto dal prof. Samuel Bernheim.

La sentenza dichiarava che il direttore del dispensario era in diritto di prescrivere l'uso esclusivo di un prodotto terapeutico il quale non aveva sollevato nessuna critica in seno alla professione medica.

Il Sindacato dei medici di Parigi ha preso ora in esame la questione ed ha ritenuto che non sia legittimo attribuire delle proprietà terapeutiche ad un prodotto unicamente perchè non ha motivato delle critiche palesi da parte dei medici; che generalmente anzi la professione medica si astiene dall'emettere un giudizio su molti prodotti le cui proprietà terapeutiche sono ben lontane dall'essere dimostrate.

Ha opinato che il medico debba sempre avere il diritto e l'obbligo di prescrivere i soli rimedi che egli in coscienza ritiene utili.

Ha formulato il *desideratum* che questo principio debba essere sempre rispettato. Ed ha votato le seguenti risoluzioni:

1° Ogni medico assume la responsabilità del trattamento che prescrive e dei medicinali che ordina;

2° Il primario di un dispensario pubblico o privato è arbitro del trattamento ch'egli dirige e non dev'essere obbligato ad attenersi ad una direttiva terapeutica stabilita in antecedenza;

3° Il « Sindacato » deplora che il Tribunale abbia negato questi principî e protesta energicamente contro la decisione adottata.

Il giorno 2 giugno nell'Ospedale militare di Napoli, ancor giovane, serenamente spegnevasi la nobile esistenza del capitano medico cav. **Enrico Farroni** vittima di una terribile infezione contratta a Bengasi.

Fu assistente onorario nella Clinica medica di Roma negli anni 1907-1908 ed in questo periodo si rivelò studiosissimo, di viva e pronta intelligenza non solo, ma seppe cattivarsi la benevolenza e l'amicizia più sincera dei colleghi, che ne conobbero i pregi. Il Corpo Sanitario perde un elemento attivo, il quale avrebbe potuto e dovuto raggiungere i più alti gradi nella gerarchia militare

Cittadino, soldato, medico, fu esempio a tutti di carattere austero, di fermezza e saldezza di propositi, di onestà indiscussa ed indiscutibile.

Alla sposa ed alla tenera bambina sia di qualche conforto il cordoglio, il rimpianto sincero e profondo degli amici e la memoria delle non comuni inestimabili virtù, che veramente adornavano l'Estinto.

CIUFFINI.

Rassegna della stampa medica.

Tumori. Fasc. V. Anno II.° (31 mar. 1° april.). R. BRANCATI. « Sul midollo osseo nei ratti col tumore da innesto » — L. C. ZAPELLONI. « Tumori epiteliali primitivi delle ossa a tipo tireoideo e paratiroideo. — E. PESTALOZZA. « Contributo allo studio dei tumori solidi del mesentere della donna ».

La Prov. Méd., 1 mar. BÉCUT. « Zona e litiasi biliare e renale ». — DE DOMINICIS. « La diascopia delle tracce di sangue ».

Bull. de l'Ac. de Méd., 4 mar. MONTPROFIT. « Chirurgia di guerra nei Balcani (discuss.) ».

Riv. crit. di Clin. Med., 1 mar. MEONI. « Pleuriti tifose ».

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 1 mar. GABBI. « Le malattie tropicali a Tripoli ».

Edinb. Med. Journ., mar. M. MERL e M. GOWAN. « Esplosione di una malattia febbrile con molti casi letali in una scuola industriale per ragazzi ».

The Journal A. M. A., 22 mar. DE WITT e WELLS. « Effetti del rame sulla tubercolosi sperimentale ». — BERG. « Influenza della gastro-enterostomia nelle ulcere gastrica e duodenale ». — BRYANT. « Preservazione dell'udito ». — BATES. « Leishmaniosi della mucosa orale ».

Rev. Espan. de Rad. Méd., 14. CALATAYUD. « La roentgenterapia dei fibromiomi uterini ».

Gazz. d. Osp., 25 mar. CAPONETTO. « Sull'emostasi definitiva nelle resezioni degli organi addominali. — 27 mar. CAMINITI. « Endotelioma del seno mascellare ».

La Sem. Méd., 26 mar. MARIE e FOIX. « Forme cliniche e diagnosi dell'emiplegia cerebellare sifilitica ».

Le Bull. Méd., 26 mar. CASTAIGNE. « Albuminuria sifilitica familiare ».

Wien. Klin. Woch., 27 mar. BARTEL. « Lo stadio della latenza « linfoide » nel progresso dell'infezione tubercolare ». — GESSNER. « Sul ricambio del grasso ».

La Presse Méd., 25 mar. HARTMANN. « Adenomi vegetanti del tenue superiore simulanti stenosi pilorica ». — MARTINET e HECKEL. « Le iniezioni sottocutanee d'ossigeno nelle sindromi iposfittiche ». — PONCEL. « Artriti croniche e reumatismo tubercolare ».

Gazz. Med. It., 27 mar. PISANI. « Le lesioni tubercolari del rene sono una controindicazione alla cura pneumotoracica? ».

Gaz. d. Hôp., 25 e 27 mar. AMBLARD. « Diuresi e tensione arteriosa ».

Deut. Med. Woch., 27 mar. VULPIUS. « Il trattamento del piede equino congenito ». — BIBERFELD. « I medicinali degli ultimi anni ». — MÖLLERS. « Ricerche serologiche sui lebbrosi ».

Paris Médical, 29 mar. THIRY. « Malattie professionali dei fotografi ». — GRANGÉE. « Seroterapia intensiva ».

Dermat. Woch., 29 mar. SAENGER. « Ipotireoidismo (forme fruste di myxoedema) ». — FERRARINI. « Sulla patogenesi della morte da scottature ».

La Rif. Med., 29 mar. DELLA VEDOVA. « Qualche cenno sull'attuale indirizzo della traumatologia e della ortopedia ». — PERRANDO. « Del meconio rispetto agli indizii che ne sono desumibili nelle necroscopie del neonato ».

Le Bull. Méd., 29 mar. PUECH e VARVENTS. « Tumori dell'ovaio e gravidanza ».

Arch. gén. de Méd., mar. VITAL-BADIN. « Misura e rappresentazione delle deviazioni vertebrali ». — LEURET. « Il metodo Forlanini nella tubercolosi polmonare ».

Le Scalpel, 30 mar. BENOIT. « Sindrome bulbare dei minatori di carbone ».

Gazz. d. Osp., 30 mar. LUCATELLO. « Sull'azione diuretica degli estratti ipofisari ». — 1 apr. MOSTI. « Le lussazioni del carpo ».

Pensiero Med., 30 mar. MARAGLIANO E. « Epatite interstiziale e morbo di Banti ». — RABAJOLI. « Iodoterapia ».

La Prov. Méd., 29 mar. REBATTU. « Le emanazioni di radium per inalazione in medicina interna ». — PERRIN e THIRY. « Sull'ispezione delle carni ».

Gaz. d. Hôp., 29 mar. HÉBRARD. « Le obliterazioni della cava inferiore ».

Amer. Med., mar. Numero consacrato alla ginecologia.

The Boston M. a. S. Journal, 27 mar. ADLER. « Le lesioni cutanee sperimentali simulanti la pellagra ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XX. *Roma, 15 giugno 1913* Fasc. 24

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di anatomia patologica della R. Università di Roma
diretto dal prof. ETTORE MARCHIAFAVA.

Sui rapporti tra stafilococco aureo e tumore maligno.

Nota preventiva del dott. PAOLO MARICONDA.

Le mie esperienze riguardano il comportamento di alcuni tumori maligni (sarcoma) nei ratti inoculati con culture in brodo di stafilococco aureo.

Alcuni degli animali inoculati che soccombettero o per la virulenza del germe o per la poca resistenza prima che fosse loro innestato il tumore presentarono il seguente reperto anatomo-patologico: Ascessi polmonari multipli, fegato aumentato di volume con ascessolini multipli nella faccia convessa di esso e talora con infarti. Reni e milza aumentati di volume con qualche raro infarto e con ascessolini multipli, organi a secrezione interna pure aumentati di volume e di colorito pallido.

Microscopicamente confermai i caratteri della piemia rilevata macroscopicamente.

Gli altri ratti che inoculai per tre mesi di stafilococco aureo e con dosi progressivamente minori i quali o per la resistenza naturale o acquisita non soccombettero al processo di stafilococcizzazione presentarono le stesse alterazioni quando per l'innesto del sarcoma di cui dirò ora, morirono per il duplice processo infettivo e tossiemico.

Nei ratti stafilococcizzati io innestai il sarcoma (a tipo fusocellulare) nel mese di febbraio cioè dopo circa tre mesi o poco più di inoculazione di cultura in brodo di stafilococco aureo ed a un altro gruppo di ratti non stafilococcizzati scelti come controllo innestai pure lo stesso sarcoma.

In quasi tutti i ratti l'attecchimento del tumore fu completo meno in due degli stafilococcizzati dove cominciai prima a notare una lieve tumefazione che poi lentamente subì un processo di regressione fino a scomparire.

Nei ratti non stafilococcizzati il neoplasma aumentò grandemente di volume senza mai ulcerarsi fino alla morte dell'animale. Nei ratti sta-

filococcizzati invece, il tumore non assunse mai le medesime proporzioni di volume, ma restò sempre limitato ad una regione anatomica, *si ulcerò* dopo pochissimo tempo, e mentre gli animali non stafilococcizzati in un mese o poco più morirono per il solo processo neoplastico, gli animali stafilococcizzati durarono in vita dieci, dodici giorni in più, quantunque affetti dal doppio processo.

Il tumore ulcerato si presentava ben delimitato, più piccolo di volume di quello dei ratti non stafilococcizzati, anzi posso dire che diminuì leggermente di volume fino a quando dall'ulcera del tumore venne fuori lentissimamente un liquido sanguinolento misto ad una sostanza simile a poltiglia che esaminata al microscopio non lasciò scorgere altro che del detritus. Il tumore era di consistenza molle flaccida ed in certi punti fluttuante; con uno specillo si poteva penetrare facilmente in una cavità che sembrava anfrattuosa e confluente con altre cavità più piccole.

Gli animali così stafilococcizzati ed innestati vissero complessivamente un mese e mezzo e poco più certi altri. All'autopsia trovai il fegato, la milza, i reni e gli organi a secrezione interna aumentati di volume, di colorito pallido con la sostanza parenchimale facilmente friabile, trovai pure qualche aderenza, ma non trovai gli ascessi che trovai all'autopsia dei primi ratti i quali erano stati solamente stafilococcizzati e non innestati di sarcoma. Il tumore si presentava non uniformemente consistente con cavità necrotica ripiene di un detritus sanguinolento

Detto tumore si scapsulava facilmente, non trovai metastasi altro che in due soli ratti ed erano metastasi inguinali dello stesso tipo del tumore primitivo, ma molto più consistenti. Negli altri non riscontrai affatto metastasi.

Feci altre esperienze in altri ratti i quali mi servirono come una controprova: innestai prima il neoplasma, poi quando questo cominciava ad evolversi inoculai lo stafilococco aureo in cultura in brodo in dose progressiva per osservare quale rapporto poteva esistere tra il nuovo tessuto ospite del ratto e lo stafilococco inoculato dopo l'innesto del tumore. Tutti quanti i tumori si ulcerarono in pochissimo tempo e gli animali morirono in brevissimo tempo pur essendo stata la dose dello stafilococco inoculato minore che nel primo gruppo.

In nessuno di essi il tumore acquistò un progressivo aumento di volume vero e proprio ed in tutti trovai un detritus con cavità necrotica nel tumore.

All'autopsia non trovai nulla di notevole, solo nei polmoni trovai un processo di bronco-polmonite.

Io non so se il risultato della mancata evoluzione del tumore sia dipeso dall'avere inoculato il germe prima ancora che il neoplasma avesse assunto notevole dimensione di volume, nè so dire se gli animali siano morti per il processo pneumonico e per la virulenza del germe che fu ottenuto da un favo o per la dose troppo forte.

Si potrebbe pensare che l'innesto del tumore sia mancato di evolversi regolarmente per la poca vitalità delle cellule avendo io innestato l'ultimo gruppo dei ratti di un sarcoma ulcerato dei primi ratti.

Osservati tutti questi fatti, che devono avere un controllo più preciso è lecito, intanto pensare che lo stafilococco aureo arresti in parte l'evolversi del tumore. Lo stafilococco aureo agisce in un *locus minoris resistentiæ*, determinandovi la suppurazione e la ulcerazione precoce con formazione di cavità necrotiche.

Finalmente è lecito pensare che le tossine dello stafilococco aureo agiscano sul tumore ovvero il siero del sangue del ratto stafilococcizzato abbia il potere di spiegare un'azione quasi involutiva del nuovo giovane tessuto neoplastico. È ciò che vedremo con altre esperienze.

Roma, aprile 1913.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Contributo alla sifilide del cuore.

(Dott. GEORG ORKIN. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n. 25, 1912).

Il primo caso sicuro di sifilide del cuore fu descritto da Ricord nel 1845. L'argomento fu poi completato da Curschmann, Fournier e molti altri.

Ai Congressi di Medicina interna tenutisi a Helsingfors nel 1902 ed a Lipsia nel 1903, le affezioni sifilitiche del cuore e dei vasi furono oggetto di numerosi dibattiti dal punto di vista clinico, e al convegno dei naturalisti tedeschi nel 1902 i due relatori Chiari e Benda trattarono l'argomento estesamente, dal punto di vista anatomo-patologico, tanto che al V Congresso internazionale di dermatologia a Berlino, nel 1904 vi fu quasi completa concordia circa la sintomatologia e le alterazioni fondamentali anatomo-patologiche.

È specialmente in questo ultimo periodo di tempo che si è fissata l'attenzione sulla grande

frequenza della sifilide come fattore etiologico nelle malattie del cuore, benchè anche prima esso sia stato qua e là menzionato e già Runeberg ritenesse che il 90 % dei casi di angina pectoris, prima dei 50 anni, dipenda da arterite sclero-gommosa delle arterie coronarie.

Erano principalmente le affezioni dell'aorta quelle in cui fu riconosciuta come causa la sifilide e quest'argomento è stato estesamente trattato da Heller e dalla sua scuola.

La reazione di Wassermann ha dato spinta a nuove ricerche espletate ultimamente da Citron, von Saathoff, Donath, Grau e molti altri.

Lo scopo dell'A. è di dimostrare la grande parte che assume la sifilide nella etiologia delle miopatie del cuore, tanto largamente rappresentate nel ricco materiale che affluisce alla II Policlinica medica della Charité a Berlino.

Nella anamnesi di queste miopatie talvolta è evidente la sifilide, talvolta non si riesce a stabilirne la causa, ma il sospetto della sifilide si presenta dopo il reperto radiologico, che accerta l'ingrandimento del cuore in ambo i lati e la dilatazione dell'aorta.

Clinicamente la sifilide del cuore si presenta con i segni della insufficenza del muscolo cardiaco in tutti i suoi stadi.

I disturbi cominciano spesso bruscamente in individui giovani. Non di rado si verificano edemi passeggieri ai malleoli, senza nefrite. Sono caratteristici i segni di angina pectoris, senza sclerosi delle arterie periferiche, dolori e parestesie, che sono in contrasto con lo stato generale buono del paziente.

L'A. per le sue ricerche esclude tutti i casi di miopatie con vizi valvolari, che, ad eccezione di quelli aortici, per lo più sono stati preceduti da reumatismo articolare, e tutte le miopatie con nefrite cronica, morbo di Basedow, ecc. Ha osservato complessivamente 94 casi di miopatie: 59 uomini e 35 donne, tra 20 e 30 anni.

In tutti è stata praticata la reazione di Wassermann. La sifilide era accertata con sicurezza in 18 uomini cioè 30.5 %, e in 10 donne, cioè 50 %.

Negli uomini:

3 casi erano tra . . . . 20-30 anni
3 » » . . . . 30-40 »
8 » » . . . . 40-50 »
2 » » . . . . 50-60 »
1 al di sopra . . . . 60 anni.

Nelle donne:

4 casi erano tra . . . . 20-30 anni
6 » » . . . . 30-40 »
2 » » . . . . 40-50 »
4 » » . . . . 50-60 »

13 delle donne ignoravano completamente la malattia e solo 2 erano a cognizione della sifilide del marito.

Tra i 18 uomini in 5 è stata osservata l'insorgenza brusca dei disturbi. Angina pectoris vera si ebbe in 3 casi, negli altri affanno specialmente salendo le scale, dolori nella regione cardiaca e tachicardia. La partecipazione dell'aorta risultava in 9 casi dall'ascoltazione e in 11 dall'esame radioscopico, e con solo una eccezione (35 anni) le lesioni aortiche si riscontrano negli individui più anziani (dopo i 40 anni).

I disturbi della circolazione erano gravi in 5 casi, lievi in 10, 3 erano completamente normali. Fra essi ve n'erano 2 con angina pectoris vera e uno con gravi aritmie.

La pressione del sangue, specialmente nei più anziani, era un poco aumentata.

Le donne erano tutte meno una al periodo terziario. La lesione dell'aorta è segnata in 3 casi con fenomeni ascoltatori, e in 11 dimostrabile a mezzo di radioscopia, 3 di esse erano nell'età tra 29-34 anni, con sifilide non curata, che probabilmente aiuta al progredire delle lesioni aortiche.

Coll'esame radiologico in tutte si osserva una dilatazione del cuore. Aritmie e extrasistoli erano accentuate in 3 casi. I disturbi circolatori, dispnea alla minima fatica, edemi ai malleoli, cianosi, congestione epatica, erano presenti in 11 casi, assenti in 5, dove però predominavano i disturbi subbiettivi ed anginosi. L'angina pectoris esisteva in 11 casi, probabilmente a causa della sifilide non curata, perchè ignorata dalla maggiore parte delle donne.

La pressione del sangue era poco aumentata nelle più vecchie.

La cura specifica, in forma di frizioni mercuriali, ha dato risultati abbastanza confortanti nei giovani dove la sifilide aveva fatto meno danno.

Essa era associata ai ioduri negli avanzati.

È naturale che non deve essere trascurata la cura sintomatica dei disturbi cardiaci.

Ultimamente è sorta la discussione riguardo al trattamento con salvarsan nelle cardiopatie sifilitiche.

Ehrlich vorrebbe vederlo applicato solo con cuore sano, Breitmann lo ritiene efficace nel periodo secondario e pericoloso in quello terziario. Weintraud però, ha trattato 25 casi di sifilide terziaria del cuore, tra i quali varie insufficienze aortiche, miocarditi, ecc., senza alcun inconveniente.

Dott. OLGA RESNEVIC.

CHIRURGIA.

Postumi dell'epididimite bilaterale e fecondazione artificiale.

(ROHLEDER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, sett. 1912).

Il Döderlein, richiamando l'attenzione sul valore che, in rapporto alla patologia dell'uomo, può avere la scoperta di Ivanoff che il liquido seminale ottenuto mediante la puntura del testicolo può essere atto alla fecondazione, sostiene che lo sperma ottenuto in questo modo da un individuo divenuto azoospermico in seguito a epididimite blenorragica bilaterale ed iniettato nella cavità uterina può giungere a fecondare l'ovulo della donna: ciò che sarebbe impossibile ottenere per le vie naturali dell'uomo clinicamente affetto da azoospermia.

Secondo il Rohleder in questi casi la fecondazione artificiale, se non è completamente priva di speranze, presenta molto scarsa probabilità di un buon successo, per le seguenti ragioni di fisiologia:

Per la fecondazione, prescindendo dall'erezione e dall'eiaculazione che, normalmente rappresentano due funzioni indispensabili per la procreazione, concorrono i prodotti di secrezione di tutte le ghiandole genitali dell'uomo: 1° il secreto testicolare che naturalmente è il più importante e costituisce la *conditio sine qua non*; 2° il secreto delle spermatocisti che secondo Steinach ha la proprietà di esaltare la vitalità degli spermatozoi, ma non ha ancora attributi fisiologici bene accertati; 3° il secreto della prostata che è di alta importanza per la fecondazione.

Sappiamo, per le ricerche di Fürbringer, che il succo prostatico nella procreazione dell'uomo ha la funzione speciale di ridestare la vitalità degli spermatozoi: ciò è stato confermato da Finger, Ultzmann, Steinach, ecc.

Il Walker ha dimostrato nel cane che nel seme raccolto dal testicolo e dall'epididimo gli spermatozoi sono immobili, in quello raccolto dal funicolo spermatico i movimenti sono scarsi, che questi sono vivaci quando si aggiunga il succo prostatico al seme testicolare e, più ancora, allo sperma raccolto dall'epididimo. Walker però ha creduto di mettere ciò in rapporto con il semplice fenomeno della diluizione del seme.

Questo apprezzamento di Walker però non risponde a verità, perchè non si verifica lo stesso fenomeno se il liquido seminale viene diluito con soluzione fisiologica di NaCl. Di ciò si ha la prova convincente nel fatto che nella prostatorrea che duri da un certo tempo l'esame dello sperma presenta oligospermia, astenospermia od anche necrospermia.

Se invece ai prostatorroici si pratica il massaggio della prostata per via rettale, all'esame microscopico dello sperma si osserva un movimento tumultuoso degli spermatozoi. Ciò dimostra che il secreto prostatico, più che a diluire, giova a riattivare i movimenti delle cellule seminali. L'elemento che agisce in questo senso pare sia contenuto nei cristalli di Böttcher e dal Fürbringer è stato denominato *Prostatina*.

Questo fatto deve richiamare la nostra attenzione al problema della sterilità in tutte le affezioni della prostata. Di qui pure il valore dei tentativi di fecondazione artificiale.

L'epididimite blenorragica bilaterale (in rapporta alla quale si stabilisce l'*impotentia generandi* dell'uomo) è piuttosto rara relativamente all'epididimite unilaterale: quest'ultima è frequente dal 6 al 12 % di tutte le infezioni blenorragiche; l'epididimite bilaterale secondo una statistica di Finger si è verificata nel 6-7 % di casi su 3136 casi di epididimite. Però è altissima la sua frequenza in rapporto ai matrimoni sterili, ed il suo esito nella infecondità è quasi costante. Finger dà una statistica di 242 casi di epididimite doppia: fra questi in 202 ha riscontrato azoospermia; Bier 75 casi di azoospermia su 80 di ep. bilaterale. In rapporto alla famiglia è importante la statistica di Bier e Ascher: su 132 casi di matrimoni sterili 90 volte fu riscontrata azoospermia (68 %). Kehrer l'ha riscontrata soltanto nel 30 %. Se si riuscisse a praticare la fecondazione artificiale, almeno un terzo dei matrimoni infruttuosi diverrebbero fecondi; e siccome il numero dei matrimoni sterili è circa il 10 % di tutti i matrimoni, si vede subito l'importanza sociale di questo problema.

Per i gravi disastri morali e sociali a cui l'*impotentia generandi* suole dar luogo, son giustificati

i tentativi chirurgici per determinare la fecondazione artificiale.

Mediante l'escissione cruenta del tratto di dotto deferente obliterato dal processo flogistico pregresso, si è cercato, affrontando i due monconi, di ricostituire la continuità delle vie vettrici seminali. Ma senza risultato.

La proposta di Döderlein di fecondare mediante il seme raccolto direttamente dal testicolo è stata applicata già molte volte nel trattamento della sterilità, ma sempre con risultato negativo, per mancanza di motilità degli spermatozoi, indispensabile perchè questi possano risalire dalla vagina sulla cervice e di qui proseguire fino all'accoppiamento con l'uovo. Sappiamo che il secreto prostatico conferisce questa motilità agli spermatozoi. Ivanoff ha pensato di sostituirlo con soluzione salina fisiologica o con altre soluzioni saline, ma senza risultato utile.

Pare che il secreto delle ghiandole del canale cervicale dell'utero eserciti un'azione stimolante sugli spermatozoi in maniera da eccitarne la motilità; se ciò sarà sperimentalmente provato verificarsi in una certa misura, si potrà forse ottenere la fecondazione artificiale inoculando direttamente nella cervice lo sperma raccolto mediante la puntura del testicolo.

C'è poi a risolvere l'altro problema, se il prodotto della secrezione testicolare è capace di fecondazione in chi abbia sofferto epididimite bilaterale. È noto che molto spesso in questi casi il seme è infecondo e si ha scomparsa degli spermatozoi. Balzer e Souplet l'hanno osservato 31 volte su 34 casi: ed hanno notato che bastano 5 mesi dopo l'infezione gonococcica per la cessazione della spermatogenesi.

È da ritenere però, come dimostrano le punture testicolari già fatte, che malgrado l'obliterazione delle vie seminali, la secrezione testicolare può durare a lungo, pure diventando più povera di spermatozoi; e d'altra parte un solo spermatozoo basta per fecondare l'uovo.

Ad ogni modo gli spermatozoi maturi, poichè non possono trasmigrare fuori del testicolo, vi rimangono inclusi e subiscono la degenerazione grassa. La legatura sperimentale del vaso deferente ha dato pure dopo alcuni mesi cessazione della spermatogenesi e degenerazione degli spermatogoni, ma conservazione del tessuto interstiziale al quale si attribuisce la conservazione dell'istinto e degli altri caratteri sessuali secondari.

Sarebbe interessante istituire sistematici esami del secreto testicolare, in vari periodi di tempo dopo l'epididimite, e studiare i fenomeni della *azoo-*, *oligo-*, e *normal-zoospermia*.

Come noi sappiamo dalla patologia delle prostatiti e delle vescicoliti, le alterazioni della spermatogenesi che si verificano in queste localizzazioni del processo blenorragico sono dovute alle alterazioni del secreto della prostata. Nella epididimite quasi sempre si ha anche prostatite: nella metà circa dei casi di uretrite posteriore gonococcica esiste anche un certo grado di prostatite.

Per i rapporti topografici fra le vie escretrici della prostata e il dotto eiaculatore nell'uretra posteriore, è facile intendere come l'infezione gonococcica possa trasmettersi per il dotto nel vaso deferente e nell'epididimo e attraverso l'orificio della vescicola prostatica fino alla prostata. Casper in 100 casi di uretrite posteriore ne ha trovato 85 con prostatite; Frank quasi il 100 %.

Dunque nella maggior parte dei casi di epididimite bilaterale coesiste la prostatite, e quindi si ha un secreto prostatico a reazione alcalina, incapace di ridestare la motilità degli spermatozoi. Il secreto prostatico in questo caso è privo o quasi di cristalli di Schreiner, i quali si ritiene contengano la *Prostatina*, cui spetta il potere di esaltare i movimenti degli spermatozoi.

Dice l'A. che in questo caso si potrebbe pensare di raccogliere lo sperma con la puntura testicolare e di inocularlo nel canale cervicale; ma, secondo il suo parere, l'influenza vantata del secreto delle ghiandole della cervice non è sufficiente allo scopo; si potrebbe piuttosto mischiare lo sperma con il secreto prostatico ottenuto mediante il massaggio della prostata per via rettale.

Inoltre bisogna pensare che la secrezione di queste ghiandole cervicali si verifica soltanto nel momento dell'eccitazione sessuale della donna, e che questa manca perciò durante l'atto della fecondazione artificiale.

Se malgrado tutto si vuole praticarla, l'A. raccomanda come indispensabili queste condizioni:

1° che al momento della puntura testicolare non sia trascorso più di 1 o 2 anni dalla fine dell'epididimite;

2° che all'esame microscopico dello sperma, questo risulti ricco di spermatozoi sani e ben conformati;

3° che si raccolga il secreto prostatico mediante il massaggio rettale e si esamini al micro-

scopio: se non contiene gonococchi, se ha odore di sperma, se è ricco di cristalli di Böttcher, se aggiunto al liquido seminale esalta i movimenti degli spermatozoi; allora si può tentare la fecondazione artificiale con probabilità di successo.

Se il secreto testicolare è ancora sufficientemente normale, ed è alterato il secreto prostatico per infezioni speciali di quest'organo, allora si può prima tentare una cura accurata della prostatite, per vedere di fare riacquistare le sue proprietà al succo prostatico.

È stato ancora esaminato il problema se si possa, in circostanze speciali, adoperare il secreto testicolare od il secreto prostatico raccolto da una persona estranea.

Hirsch ha eseguito, secondo il metodo dell'A., 16 volte la fecondazione artificiale, ed ha ottenuto sei volte risultati favorevoli.

P. SABELLA.

NEUROPATOLOGIA.

La sindrome di Lenoble e Aubineau « nystagmus-myoclonie ».

(Rivista sintetica).

E. Lenoble e E. Aubineau di Brest comunicavano per la prima volta, alla seduta del 28 novembre 1905 dell'Accademia di medicina, una nuova varietà di mioclonia congenita, che proposero di chiamare « nystagmus myoclonie ».

« Elle se manifeste essentiellement par un nystagmus constant qui s'observe en dehors de toute affection de l'oeil et de ses annexes dont la caractéristique est d'être *congênital.* Autour de ce signe primordial, qui peut être *unique*, viennent ordinairement se grouper un nombre variable de symptômes, dont l'apparition a pour conséquence de donner naissance à des syndromes complexes »

Successivamente essi pubblicarono numerosi casi di questa malattia ereditaria, spesso familiare, rilevabile spesso nei degenerati e frequente sopratutto in Bretagna.

Nella sua tesi « nystagmus et myoclonie ». E. Meignan divideva la mioclonia in sei gruppi dal punto di vista della localizzazione. E per lui il nistagmo che non è a rigor di termini che una localizzazione della mioclonia (quando è isolato), non esiste, quando è associato, che nelle forme in cui lo spasmo muscolare clonico presenta un tipo superiore (arti superiori e specialmente collo e faccia), mai un tipo inferiore.

Riguardo alla patogenesi ed anatomia patologica, sono pochissimo conosciute, come in generale per le mioclonie. I reperti necroscopici sono stati talvolta negativi, tal altra hanno mostrato lesioni del nevrasse che nulla permetteva di ricollegare indiscutibilmente al sintomo con un rapporto di causa a effetto.

Legrand du Saulle e in seguito molti altri autori consideravano il nistagmo come una delle stigmate della eredità nervosa patologica; tara coesistente spesso con i tics, con l'asimetria facciale e con le deformazioni craniche.

In una lezione alla Salpêtrière del 1895, su le mioclonie, il Raymond, dopo aver riassunto le diverse teorie fisio-patologiche proposte per spiegare le mioclonie, teoria miopatica, nevritica, spinale, seguì una teoria corticale, presentando come principali argomenti che le funzioni intellettuali e effettive dei mioclonici sono raramente normali, che le cause psichiche hanno una influenza innegabile sul ritorno o la esagerazione degli spasmi mioclonici, e finalmente che le mioclonie sono associate il più delle volte ad accidenti convulsivi di cui l'origine corticale è indiscutibile.

Ciò che Raymond diceva delle mioclonie in generale, potrebbe verosimilmente, secondo il Salomon di Sainte-Anne (1), applicarsi a questo tipo speciale che ne è il nistagmo. Questa teoria è sostenuta da Knies, Jacqueau e da altri autori.

Questa teoria si verificherebbe in alcuni casi in cui il nistagmo è associato ad accidenti d'indiscutibile origine corticale.

Roasenda (2) descrisse tre casi interessanti di nistagmo congenito in tre epilettici convulsivi ed uno in un individuo affetto da epilessia larvata.

Contrariamente a questa teoria Sauvineau (3) sostiene che la causa del nistagno non debba localizzarsi nelle zone corticali, bensì nei centri sopranucleari. La malattia sarebbe favorita da un difetto di sviluppo di questi centri.

Comunque sia, il nistagmo congenito considerato come una forma di mioclonia può far parte

(1) JEAN SALOMON. *Sclérose en plaques avec syndrôme Bravais-Jaksonien; troubles psychiques; nystagmus congênital.* Présentation à la Séance du 17 février 1913 de la Société Clinique de Médecine mentale de Paris.

(2) E. ROASENDA. *Il nistagmo stigmata congenita negli epilettici.* Arch. di Psich., Neurop. ecc. Vol. XXIX, 1908, f. 3, p. 260.

(3) « Encyclopédie française d'ophtalmologie », T. VIII. Paris, O. Doin 1909.

della sindrome mioclonica di Unverricht, in cui si associa ad altre turbe reflesse e motrici e particolarmente con accessi epilettici.

Dei due casi descritti da Salomon, in uno (un bretone) si ha la sindrome di Lenoble e Aubineau, nell'altro essa è associata a una sclerosi multipla con sindrome Bravais-Jaksoniana e disturbi psichici.

Egli nota per il secondo che, oltre alla teoria Raymond (secondo la quale, fra nistagmo-mioclonia, degenerativi, da arresto di sviluppo, e sclerosi a placche non vi sarebbe relazione di dipendenza), se ne potrebbe proporre un'altra per cui quei fenomeni sarebbero i sintomi precoci di una sclerosi multipla considerata come forma congenita e con manifestazioni evidenti soltanto nella età adulta.

G. L. LUCANGELI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPITALE CIVILE DI CONEGLIANO
Reparto chirurgico diretto dal dott. F. ZAMBONI.

Gravidanza extrauterina complicante gravidanza normale

per il dott. PIETRO FABRIS.

Se le varie forme di gravidanza extrauterina costituiscono casi non tanto frequenti nella patologia della gravidanza, l'osservare contemporaneamente nello stesso soggetto l'abbinamento di una gravidanza normale e di una extrauterina costituisce una rarità della specie, per cui crediamo utile il riferire in breve intorno a un caso di tal genere osservato in questo Ospitale col consenso del Direttore, che sentitamente ringrazio.

Trattasi di una donna di Nervesa (Treviso), di anni 26, secondipara, di costituzione alquanto gracile, mestruata la prima volta a 14 anni ed in seguito abbastanza regolarmente.

Ebbe il primo parto circa 20 mesi fa, per cui fu operata di applicazione di forcipe allo stretto superiore, allattò la sua bambina per circa dieci mesi, durante i quali non fu mai mestruata.

Dopo l'allattamento ebbe per tre mesi le sue regole normali, dopo i quali cessarono, senza aver però notato la donna sintoma alcuno di gravidanza nuova. Però, dopo un mese dalla soppressione dei mestrui incominciò a notare dolori dorsali e all'arto inferiore sinistro, i quali ultimi dopo alquanti giorni scomparvero spontaneamente mentre invece persistettero, diventando sempre più molesti, quelli dorsali, con tendenza a diffondersi fino all'epigastrio ed accompagnati a conati di vomito.

Nello stesso tempo la donna notava che il ventre le andava crescendo di volume, specie negli ultimi 20 giorni prima di entrare all'ospitale, ove viene accolta di urgenza il giorno 8 dicembre, avendo assunto i dolori sacro-lombari il carattere di vere e proprie doglie.

All'esame obbiettivo che riferisco ristretto agli organi che ci interessano ci riscontra: Utero aumentato di volume, il cui fondo arriva a circa tre dita al di sopra della sinfisi pubica, leggermente deviato a destra, fisso; collo uterino in via di rammollimento portato dietro e sotto il pube: fornici occupati da una intumescenza tesa, dolente al tocco del dito esploratore e che sembra sia aderente e formi tutt'uno col corpo dell'utero. Alla palpazione del quadrante inferiore di sinistra si rileva che la intumescenza sopra descritta occupa tutto il piccolo bacino.

Manca il tenesmo vescicale, le contrazioni dolorose vanno facendosi più intense, senza la tregua fisiologica, colla comparsa di qualche po' di emorragia dai genitali esterni, per cui ritenendo l'aborto inevitabile, viene favorito con adatte manualità, in seguito alle quali la donna espelle un feto macerato di circa tre mesi.

Puerperio febbrile con lochiazione però normale. Dopo otto giorni, nuovamente esaminata la donna, si riscontra: Utero in via di involuzione sospinto in alto, collo sempre dietro la sinfisi per la presenza della stessa intumescenza dianzi accennata, che occupa i fornici, intumescenza che si arriva a palpare nel suo limite superiore dal lato del ventre, in corrispondenza del parametrio di sinistra.

Questa intumescenza tesa, di consistenza elastica, dolente alla palpazione, e che al dito esploratore fa avvertire una specie di crepitio come di coaguli sanguigni, non forma tutt'uno col corpo dell'utero, come dianzi appariva, in modo che questo col dito che esplora dalla vagina e colla mano applicata in modo conveniente sull'addome, puossi da quella completamente isolare.

Eseguita nel punto più sporgente del fornice una puntura esplorativa, l'ago vi penetra senza incontrare resistenza, con esito di liquido color caffè, avente i caratteri di liquido ematico, quale si riscontra nelle raccolte emorragiche in via di

assorbimento, liquido che all'esame microscopoic addimostra la presenza di elementi linfoidi e di emazie.

Fu proposto un intervento chirurgico per via vaginale allo scopo di dar esito alla raccolta, ma visto che essa andava rapidamente assorbendosi, viene lasciata da parte l'idea, potendo constatare di giorno in giorno la spontanea e graduale riduzione del tumore, sì da scomparire in quindici giorni, lasciando come relitto una leggera depressione del fornice sinistro colla presenza di un cordone duro, indolente, mentre l'utero subiva la sua fisiologica involuzione e ritornava in posizione normale.

Il concetto diagnostico dapprima accettato fu che si trattasse in questo caso di utero gravido retroverso incarcerato: infatti i sintomi subbiettivi ed obbiettivi riscontrati nella donna deponevano in favore di questo concetto, ossia i dolori sacro-lombari accusati dalla paziente, la intumescenza che occupava il piccolo bacino e specialmente la posizione del collo uterino spinto dietro il pube; mancava però nel quadro sintomatico dell'U. g. r. i. un segno che si suole sempre riscontrare, ossia il tenesmo vescicale — o la iscuria paradossa — dovuta al fatto che in questi frangenti la vescica, compressa dall'utero non si vuota che a grande fatica o quanto meno, ripiena sì da sembrare essa pure un tumore, si vuota di qualche goccia, che più non cape nella cavità vescicale stessa.

Il concetto di un fibroma uterino complicante la gravidanza venne convenientemente vagliato e discusso, ma si dovette escluderlo per la mutezza dei sintomi a questo riguardo, come pure venne escluso, ed a maggior ragione, un tumore a carico degli annessi, complicante se mai la gravidanza, ossia un comune cistoma ovarico.

Ed intanto, vuotatosi l'utero del suo contenuto, si potette accertare che il tumore occupante la piccola cavità pelvica non aveva nulla a che fare coll'utero, che esso era fisso, che il contenuto suo ematico proveniva da una cavità chiusa, a carico degli annessi di sinistra, cavità che, come dissi sopra, dava al dito esploratore un senso di crepitio, come per la presenza di coaguli sanguigni per cui in base a questi dati positivi, noi non ci opponemmo al vero giudicando che in grembo agli annessi di sinistra sia avvenuta in corso della contemporanea gravidanza normale una emorragia di cospicua entità. Lo stravaso sanguigno degli annessi o nella cavità libera addominale o in cavità dianzi preformata o successivamente formatasi per adereuze connettivali degli organi della pelvi tra loro, costituisce appunto l'ematocele retrouterino, la cui causa va ricercata in una gravidanza in grembo agli annessi. L'andamento successivo ci diede ragione, poichè il rapido assorbimento del liquido ematico andò di pari passo colla involuzione uterina e forse da questo fatto quello fu beneficamente influenzato.

Ha mancato invece nella sintomatologia della formazione dell'ematocele, il deliquio, la lipotimia che di solito compare quando havvi rottura della tromba; ma questi fatti possono far difetto se la emorragia si manifesti ripetutamente (ematocele a ripetizione) e non *d'emblée* per rottura della sacca contenente il prodotto del concepimento.

Notiamo la rarità del caso, di una gravidanza cioè extrauterina complicante la gravidanza normale, avendo dalla bibliografia rilevato che il Gutsweller, citato dal Schauta, ne raccolse soltanto 18 casi; su dieci dei quali si ebbe la morte della madre, e delle otto donne guarite, quattro furono sgravate per via laparotomica, mentre gli altri feti erano andati già prematuramente perduti.

Questo caso è tanto più notevole pel fatto della guarigione spontanea favorita, io credo, dalla minorata vascolarizzazione dei tessuti, sia in seguito all'avvenuto ematocele, come in seguito alla morte del feto nella cavità uterina.

Conegliano, maggio 1912.

LEZIONI

Riflessi tendinei ed ossei.

(J. BABINSKI. *Bull. méd.*, 1913).

I riflessi tendinei ed ossei meritano tutta l'attenzione dei clinici per la loro qualità di fenomeni obbiettivi che la volontà non può riprodurre, per la frequenza delle loro alterazioni e pel valore diagnostico di queste.

Non è mia intenzione di esporre qui tutto ciò che è stato scritto sull'argomento; ma solo di mettere bene in luce i fatti che mi sembrano essenziali e di riunire i risultati delle mie ricerche in proposito.

Riflesso tendineo o osseo si può definire il fenomeno complesso che determina la percussione di un tendine e che si manifesta con una contrazione muscolare brusca, involontaria e di breve durata.

La data della scoperta dei riflessi tendinei non si può precisare con sicurezza: nel lavoro sul clono del piede pubblicato nel 1862 da Charcot e Vulpian esiste uno studio metodico e accurato di questo segno che è considerato analogo all'epilessia spinale descritta da Brown-Séquard. I primi lavori sistematici sui riflessi tendinei cominciano nel 1875 e sono dovuti ad Erb che li ha studiati nella paraplegia spastica e al Westphal che ne osservò il comportamento nella tabe.

Fin dall'inizio di questi studi furono emesse due ipotesi sulla natura dei riflessi tendinei ed ossei. Mentre l'Erb considera la contrazione come d'origine riflessa, il Westphal pensa che sia dovuta ad una eccitazione diretta del muscolo: nello stesso ordine d'idee fu emessa la teoria miotatica di Gowers adottata dallo Sherrington ed altri fisiologi. Dalle geniali esperienze di Sternberg risulta in modo indiscusso che la contrazione che si verifica colla percussione dei tendini è d'origine riflessa: quello che è errato è di parlare di riflessi tendinei quando la stessa reazione si può avere colla percussione delle aponevrosi, delle articolazioni e dei muscoli: sarebbe più opportuno di parlare di riflessi muscolari e riflessi ossei, i primi circoscritti al muscolo a cui il tendine appartiene, i secondi costituiti da una contrazione riflessa in più gruppi muscolari spesso lontani dal punto d'eccitazione.

Nello studio dei riflessi un fattore importante dell'esattezza dei risultati è il metodo che si adopera nel provocare il riflesso, quindi mi diffonderò a parlarne. Le condizioni essenziali da seguire nello studio dei riflessi ossei e tendinei sono:

1° L'arto da esaminarsi deve essere completamente denudato.

2° Durante l'esame i muscoli del segmento di arto esplorato debbono restare in completo rilasciamento, condizione questa talora molto difficile a realizzare sia per l'impossibilità dei pazienti a rimanere in tale stato, sia per le loro condizioni mentali. Spesso coll'artificio di Jendrassik si riesce ad ottenere un rilasciamento nel momento in cui si percuote. Nel provocare i riflessi dell'arto superiore un procedimento analogo è quello di fare stringere la mano dell'altro arto. Spesso si riesce a far rilasciare i muscoli mediante un semplice cambiamento di posizione: quel paziente che seduto non era in grado di rilasciare i suoi muscoli diventa capace di farlo nella posizione supina. Colla palpazione bisogna rendersi conto dello stato muscolare ed attendere per provocare il riflesso che il muscolo sia rilasciato.

3° I tendini debbono essere in un certo grado di tensione meccanica che è realizzata dalle posizioni consigliate per provocare i singoli riflessi e di cui parlerò in appresso. Esistono però in proposito differenze individuali, di cui bisogna tener conto nei singoli casi.

4°) Per quel che riguarda la percussione non mi stancherò mai di ripetere che essa non deve essere praticata col bordo cubitale della mano come molti ancora fanno; esistono all'uopo vari tipi di martelli da percussione: io mi servo di un martello costituito da un manico di acciaio nichelato lungo 20-25 cm. innestato al centro di un dischetto metallico alla cui circonferenza è fissato un bordo di caoutchouc: anche un altro tipo consigliabile perchè più facilmente trasportabile in tasca consiste in una modificazione del precedente: in essi il disco è sostituito da una piastrina rettangolare che si trova nello stesso piano del manico.

L'operatore sul punto opportuno del tendine o dell'osso darà un colpo secco di intensità media, che solo l'abitudine farà valutare con esattezza.

5° Per ogni riflesso esiste un'attitudine in cui esso si provoca con maggior facilità.

I riflessi tendinei e ossei costanti, il cui esame non deve mai tralasciarsi, sono cinque: rotuleo, achilleo, tricipitale, radiale, cubitale.

a) *Riflesso rotuleo.* Molte sono le posizioni indicate per provocare questo riflesso: esse debbono essere provate nei singoli casi. La prima è quella a gambe incrociate, difficile ad effettuarsi dagl'individui corpulenti; in questi è più opportuno provocare il riflesso rotuleo facendo sedere il paziente, facendo fare alle gambe un angolo ottuso colle coscie e facendo poggiare al suolo il calcagno. In certi casi il riflesso rotuleo si provoca facendo mettere il malato supino sul letto e facendo girare il cavo popliteo del paziente sull'avambraccio sinistro dell'osservatore ovvero facendo mettere a sedere il paziente colle gambe pendenti.

b) *Riflesso achilleo.* La migliore posizione per provocarlo è a paziente inginocchiato su di una sedia, se questo è impossibile per le condizioni del paziente è meglio esaminarlo a paziente coricato di lato colla gamba leggermente flessa sulla coscia e l'estremità del piede sostenuta dalla mano sinistra dell'osservatore.

c) *Riflesso tricipitale.* Si fa portare l'arto superiore all'infuori e indietro, si sostiene colla mano sinistra a livello delle piega del gomito in modo che il braccio del paziente formi un angolo ottuso coll'avambraccio ovvero invece di sostenere la piega del gomito si fa appoggiare leggermente la mano del paziente sulla coscia dell'osservatore seduto; in tale caso non potendo estendersi l'avambraccio si deve porre attenzione alla scossa muscolare.

d) *Riflesso radiale.* L'avambraccio è semiflesso sul braccio ed in semipronazione e soste-

nuto dalla mano sinistra dell'osservatore a livello dell'estremità inferiore. Si percuote il radio alla sua estremità inferiore e si provoca così la contrazione di tutti i muscoli che flettono l'avambraccio. Si ottiene anche la flessione dell'avambraccio colla percussione del tendine del bicipite, ma il movimento di flessione è in genere meno pronunciato.

e) *Riflesso di pronazione.* L'arto superiore assume la stessa posizione che per la ricerca del riflesso precedente. Il modo migliore per ottenere il riflesso è di percuotere in corrispondenza della parte postero-inferiore del cubito, si può però anche provocare percuotendo la parte antero-interna del radio.

I cinque riflessi descritti esistono nell'immensa maggioranza dei casi: l'assenza di uno di essi deve essere considerata come un'anomalia, purchè si tenga conto delle regole tecniche descritte: prima però si ammetteva che specialmente alcuni fossero incostanti: io posso dire di aver riscontrato i tre riflessi degli arti superiori descritti colla stessa costanza del rotuleo ed achilleo, almeno nei giovani. Il numero dei casi in cui manca qualche riflesso aumenta progressivamente coll'età, il riflesso rotuleo si può però considerare il più costante: la mancanza di un riflesso va però sempre considerata come un fenomeno patologico. Tra i diversi individui esistono però variazioni riguardo alla rapidità della reazione muscolare ed all'estensione del territorio della reazione motrice e alle dimensioni della zona riflettogena.

In uno stesso individuo spesso i vari riflessi sono d'intensità differente, però l'intensità d'uno stesso riflesso è sempre uguale dai due lati.

La localizzazione dei riflessi tendinei ed ossei nel midollo spinale è abbastanza ben studiata e permette di localizzare le lesioni midollari con una approssimazione sufficiente per le esigenze della clinica: così si sa che il *riflesso masseterino* ha il suo centro in corrispondenza al bulbo, il *riflesso radiale* in corrispondenza al 5° segmento cervicale, il *riflesso di pronazione* in corrispondenza del 6° segmento cervicale, il *riflesso tricipitale* nel 7° segmento cervicale, il *riflesso rotuleo* nel 3° segmento lombare ed il *riflesso achilleo* nel 1° segmento sacrale.

Veniamo ora a trattare della *patologia dei riflessi.*

In genere le perturbazioni dei riflessi tendinei ed ossei sono causati da due categorie di lesioni: le prime risiedono in una delle tre porzioni dell'arco riflesso, le altre occupano un segmento più elevato del sistema nervoso e agiscono su questo arco in modo indiretto: di regola le lesioni della prima categoria producono la subreflettività e la irreflettività, quelle della seconda la iperreflettività.

Diminuzione o abolizione dei riflessi. — Questo disturbo è dovuto di regola ad una alterazione o del nervo sensitivo o radice posteriore o della sostanza grigia del centro corrispondente o della radice anteriore o nervo motore o muscoli a cui il nervo arriva.

Le cause più frequenti di errore da questo punto di vista sono le seguenti:

a) Alcuni individui in cui la ricerca dei riflessi è stata già praticata eseguiscono quasi inconsciamente in seguito al colpo dato sul tendine un movimento volontario suscettibile d'esser preso per un riflesso. Però esistono dei criteri abbastanza netti per distinguere il vero riflesso da questo falso riflesso, quali il tempo che passa tra la percussione e la reazione, e l'intensità della contrazione muscolare che varia notevolmente in esperienze successive.

b) Nell'esplorazione del riflesso tricipitale se il colpo si dà sul muscolo e non subito sopra all'olecranon si provoca una contrazione idio-muscolare che ha tutto l'aspetto di un movimento riflesso.

c) Un'altra causa di confusione si ha di regola in certi paraplegici: la percussione del tendine rotuleo provoca « riflessi cutanei di difesa » che spesso coesistono coll'indebolimento dei rotulei e che spesso dànno l'impressione come di una contrazione riflessa del quadricipite: però bisogna notare che il riflesso di difesa è di regola più lento del riflesso tendineo ed invade altri territori muscolari oltre al quadricipite e può essere provocato coll'eccitazione di qualsiasi parte della cute degli arti inferiori.

d) L'errore più frequente è però l'inverso: quanti individui sani sono stati presi per tabetici per avere ammesso un segno di Westphal che in realtà non esiste! Quindi non mi stancherò mai di predicare di attenersi scrupolosamente alle regole esposte per la ricerca dei riflessi. Quindi prima di ammettere una mancanza di un riflesso bisogna ricercarlo parecchie volte: la percussione di un tendine ripetuta parecchie volte successive può mettere in rilievo un riflesso che ad un esame superficiale sembrava mancante.

L'assenza completa dei riflessi ha un significato patologico; quando invece i riflessi sono deboli bisogna stabilire fino a qual grado si è nel normale: nei casi di differente intensità dai due lati il problema è facile a risolvere; resta solo a stabilire se si tratta di una diminuzione unilaterale del riflesso o di un aumento dell'altro lato. Nel caso di debolezza di riflessi bilaterali se essa è molto accentuata e se esiste il fenomeno dell'esaurimento del riflesso nelle provocazioni successive, non si esiterà ad ammettere uno stato patologico.

Una manifestazione clinica della subreflettività sono i cosiddetti *riflessi atipici o paradossi*. Tra questi abbiamo il riflesso paradossale del gomito che consiste in una flessione dell'avambraccio in seguito ad un colpo dato sul tendine del tricipite, così si ha il riflesso paradosso del ginocchio che consiste in una flessione della gamba percuotendo il tendine rotuleo: essi dipendono dal prevalere di altri gruppi muscolari che normalmente entrano in funzione nel riflesso normale.

Le affezioni che producono diminuzione o abolizione dei riflessi sono la *tabe*, le *nevriti*, la *poliomelite anteriore acuta*, la *mielite*, la *siringomielia*, i *tumori intra* ed *estramidollari*, le *miopatie*, le *miastenie* e la *paralisi periodica*.

Nella tabe di regola il primo riflesso ad essere colpito è l'achilleo, ma possono scomparire tutti: talora si verifica un'abolizione crociata del rotuleo ed achilleo. Non si può ammettere una successione costante nella scomparsa dei diversi riflessi, quello che si può dire con sicurezza è che i riflessi prima di scomparire passano per un periodo in cui sono indeboliti o asimmetrici. Due disturbi che s'accompagnano costantemente all'areflettività sono l'*atassia* e l'*ipotonia*. Nell'emiplegia che sopravviene nei tabetici è stata constatata la ricomparsa dei riflessi.

Nelle nevriti è frequente la diminuzione e la scomparsa dei riflessi tendinei ed ossei sia nelle forme gravi che leggere, nelle motorie e nelle sensitive. La sede e il numero dei riflessi assenti dipende dalla sede e dall'estensione della malattia.

Nella poliomelite anteriore acuta la mancanza o la diminuzione dei riflessi dipende dalle lesioni dei centri riflessi: esse sono più o meno diffuse a seconda dell'estensione del processo: il decorso è in accordo con quello della malattia fondamentale.

Nella malattia di Friedreich, nonostante la degenerazione delle vie piramidali, i riflessi tendinei sembrano quasi sempre aboliti o deboli: in questa malattia non è mai possibile la ricomparsa dei riflessi come si verifica nelle nevriti, nella poliomielite e talora nella tabe.

Le mieliti, le neoplasie e l'ematomielia possono determinare un'abolizione o diminuzione dei riflessi collo stesso meccanismo che la poliomelite anteriore acuta. Le lesioni della siringomielia possono invece estendersi per una notevole dimensione senza interessare gli archi riflessi.

Le fratture della colonna vertebrale, le lussazioni delle vertebre, il mal di Pott, le meningiti ed i tumori meningei possono determinare una scomparsa o diminuzione dei riflessi sia per lesioni delle radici, sia per distruzione dei centri riflessi.

Nelle miopatie primitive l'abolizione dei riflessi può verificarsi anche indipendentemente da una lesione muscolare evidente, forse in tali casi è in rapporto con un'alterazione particolare al muscolo.

Nella miastenia non è stata constatata mai una scomparsa dei riflessi ma un indebolimento.

Nella paralisi periodica durante la crisi di paralisi che occupa generalmente i quattro arti, il tronco ed il collo, si ha scomparsa dei riflessi tendinei, per la durata di qualche ora.

Parlando della diminuzione o scomparsa dei riflessi è opportuno fermarci alquanto sulla questione del comportamento dei riflessi nelle lesioni del midollo al di sopra dei centri dei riflessi.

È un fatto accertato che a lesioni che si determinano bruscamente con fenomeni di shock in un punto del midollo qualsiasi succede spesso una scomparsa dei riflessi tendinei ed ossei che hanno il loro arco di riflessione al di sotto del punto della lesione: però scomparsi i fenomeni di shock i riflessi ricompaiono purchè naturalmente l'arco non sia stato leso.

Il Bastian nel 1890 aveva emesso una legge secondo la quale ogni lesione di continuità totale del midollo specialmente nella regione cervicale o cervico-dorsale dà origine ad una scomparsa dei riflessi tendinei nei segmenti sottostanti. Per spiegare questi fatti egli si basò sull'ipotesi di Jakson dell'azione eccitatrice dei riflessi del cervelletto e sulla interruzione delle vie relative. Il Bruns, Déjerine, Nonne e Marinesco condivisero l'ipotesi del Bastian, ma le ulteriori ricerche sperimentali come pure numerose osservazioni cliniche hanno dimostrato che la legge di Bastian non è costante, però nella massima parte dei casi si verifica; però in un certo numero di questi non si può escludere anche una lesione dell'arco riflesso, in altri casi non si può escludere lo shock. La scomparsa dei riflessi riscontrata nei tumori endocranici specialmente del cervelletto interpretata da alcuni autori in accordo all'ipotesi di Jakson delle fibre eccitatrici cerebellari va spiegata con fattori meccanici (aumento di pressione del liquido cefalo-rachidiano) e tossici.

Accenneremo ora brevemente ai riflessi cutanei specialmente per studiarne i rapporti coi riflessi tendinei. I riflessi cutanei fondamentali sono tre: il cremasterico, l'addominale (che si distingue in superiore, medio e inferiore) e riflesso plantare che è costituito da una flessione dell'alluce ed in una tensione della fascia lata. Dal punto di vista dell'intensità di questi riflessi esistono notevoli differenze individuali: in alcuni individui perfettamente sani possono mancare, quindi la loro assenza ha valore solo se è unilaterale. Un riflesso cutaneo che è costante è l'anale, consistente in una contrazione dello sfintere prodotta da una eccizione del margine anale

La questione della esagerazione di questi riflessi è difficile a risolverla. Per quel che riguarda i riflessi cremasterici e addominali io non sarei disposto a dare un valore patologico al loro aumento; per quel che si riferisce ai riflessi cutanei degli arti inferiori, la loro esagerazione può avere un significato patologico.

Stabiliti questi dati bisogna parlare del comportamento dei riflessi cutanei in casi di lesione pure degli archi tendino-riflessi che determinano la diminuzione o la scomparsa dei riflessi tendinei: in tali casi il comportamento è incostante, per lo più sono aboliti o anormali. Nei casi in cui si verifica un aumento dei riflessi tendinei come p. es. nei casi di paraplegia dovuta a lesione spinale con partecipazione del fascio piramidale per lo più si verifica un'abolizione dei riflessi addominali e cremasterici, il movimento riflesso della flessione dell'alluce è costituito dall'estensione, associata alla abduzione, gli altri riflessi cutanei sono esagerati il riflesso anale è conservato; lo stesso fatto si verifica nell'emiplegia organica. Il contrasto però fra riflessi tendinei e cutanei ammesso dal Van Gehuchten come assioma non è al sicuro da ogni critica, un fatto su cui però sono tutti d'accordo è l'associazione frequente nelle affezioni che colpiscono la via piramidali dei tre fenomini, alluci dorsali, esagerazione dei riflessi tendinei ed esagerazione dei riflessi di difesa (flessione del piede sulla gamba, della gamba sulla coscia e di questa sul bacino, estensione della fascia lata). La regola soffre però qualche eccezione, p. es. nelle affezioni articolari in cui si verifica spesso un forte aumento dei tendinei che arriva fino alla trepidazione epilettoide e in tali casi il segno dell'alluce resta normale.

Esistono alcuni casi di emiplegia organica in cui manca il sintoma dell'alluce: il fatto della presenza di questo sintoma con assenza dell'aumento dei riflessi si ha nelle affezioni della via piramidale in un primo periodo così pure nella sclerosi combinata. Lo studio comparativo del comportamento dei riflessi tendinei, del fenomeno dell'alluce e dei riflessi di difesa avrebbe certamente un'importanza clinica non indifferente. P. A.

Il fascicolo di giugno 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 5 maggio 1913.

Presiede il Prof. **Perrando**.

Dott. G. Breccia. *La dottrina del pneumotorace.* — Definisce il pneumotorace come azione locale di compressione graduale, continua, costante, regolabile, innocente e lo differenzia da concetti più o meno simili precedenti al Forlanini, a cui afferma appartenere la completa idea della cura e la sua attuazione. Stabilisce le ragioni del metodo in un concetto comprensivo, non ancora chiaramente prospettato, che consiste nel considerare l'azione del pneumotorace come modificatrice delle condizioni dinamiche funzionali circolatorie e trofiche del tessuto polmonare, concetto che abbraccia le teorie del riposo meccanico, della azione circolatoria anemizzante o iperemizzante. Nelle ricerche sperimentali originali l'A. ha notato come la immobilizzazione del polmone ottenuta nelle cavie e nei conigli con paraffina introdotta nella pleura, determina collasso completo senza lesioni alveolari e con infiltrazioni interstiziali dipendenti dalla inevitabile pleurite adesiva concomitante; i vasi appaiono ben ripieni di sangue e talvolta esistono iperemie ed emorragie. In questi casi i bacilli di Koch circolanti per via sanguigna e bronchiale passano in minor numero nel tessuto compresso. Nella scimmia l'A. ha ottenuto obliterazione dei focolai tubercolari e arresto delle diffusioni nell'altro polmone e altrove imponentissime e di origine chiaramente ematogena. Tale reperto è la prima prova diretta dell'azione del pneumotorace finora conosciuta. Le modificazioni anatomiche sono quelle stesse osservate da vari autori nei focolai umani guariti e cioè sclerosi dei focolai attivi, peribronchiti, perivascoliti e in genere sclerosi interstiziali.

La radiologia si dimostra essere l'unico mezzo diagnostico delle condizioni del polmone compresso: essa depone sulla efficienza della compressione e dà indizio della sufficienza dell'altro polmone. Le condizioni della febbre seguono poi come indicatore: le riaccensioni a febbre caduta indicano la tensione o detensione brusca, l'attivazione di processi quiescenti e le disseminazioni; la persistenza depone per l'insufficienza del pneumotorace. Si ha il pneumotorace sufficiente e insufficiente a seconda che il collasso basta o no a sopprimere le turbe morbose locali e generali:

il pneumotorace sia totale che parziale può essere utile appena raggiunto questo grado di collasso sufficiente. Non si può mai precisare fino a che grado le aderenze pleuriche impediscano il pneumotorace completo o sufficiente, perchè il polmone può fissarsi liberamente, fissarsi in sito o sulle aderenze distese.

Il polmone opposto comanda tutta la cura: esso subisce una riduzione di corsa per lo spostamento del mediastino, mentre ha un plus-lavoro circolatorio e respiratorio che sarà innocente solo se il polmone è sano (il che è rarissimo) o gli venga aumentato per gradi proporzionali alla sufficienza delle zone sane. Questo fatto è l'incognita maggiore della cura.

Fatti congestizi duraturi del polmone opposto non assolutamente sano precedono molto spesso attivazioni o disseminazioni in esso di focolai, le quali coincidono con le brusche compressioni o espansioni del polmone in cura. I processi difensivi seguono le contingenze della cura. Il sangue subisce una modificazione in miglioramento della ematosi e diminuzione dei polinucleari. Si può avere la guarigione semiclogica, clinica e anatomo-clinica.

Prof. **A. Cambiaso**. *Esposizione dei casi trattati nella Clinica Medica.* — Il numero degli ammalati a cui venne praticato il pneumotorace terapeutico somma a 37. Tutti vennero sottoposti, oltre che al consueto esame polmonare, a ricerche fisiche, biologiche e radiologiche. L'A. divide gli ammalati in tre gruppi: I) malati di tubercolosi polmonare con lesione unilaterale, pneumotorace unilaterale; II) malati di tubercolosi polmonare con lesioni bilaterali, pneumotorace unilaterale; III) malati di tubercolosi polmonare con lesioni bilaterali, pneumotorace parziale bilaterale.

Espone per ogni malato una sintetica storia clinica, la diagnosi clinica e quella radioscopica, enumerando i giorni di cura e i vari rifornimenti fatti ed analizzando le modificazioni che via via si verificarono sia in rapporto alla febbre, allo espettorato, al peso, sia in rapporto alle condizioni generali. Parla delle complicanze a lui occorse nell'applicazione del pneumotorace e dimostra che esse sono di nessuna importanza quando la tecnica è precisa e l'operatore è abile nell'applicazione di detto intervento. Eccettuati i dolori e qualche versamento pleurico insorto durante il trattamento l'A. non ebbe mai a notare complicanze degne di nota.

Accenna ai risultati ottenuti dopo oltre un anno di studi e di applicazioni, alle guarigioni cliniche, ai miglioramenti ottenuti nonchè ai risultati negativi che seguirono il trattamento pneumoterapico.

L'A. infine presenta all'assemblea alcuni malati in cui ottenne la guarigione clinica.

Prof. **D. Maragliano**. *La tecnica del pneumotorace.* — L'O. stabilisce prima un confronto tra il procedimento di Forlanini e quello di Brauer. La differenza fra l'uno e l'altro riguarda unicamente la seduta di prima introduzione d'azoto nella pleura; i rifornimenti successivi vengono eseguiti colla puntura dello spazio intercostale tanto da Forlanini che da Brauer. Questi esegue il pneumotorace iniziale facendo un'incisione delle parti molli e della pleura parietale, introduce quindi un tre quarti, vi sutura sopra ermeticamente i tessuti e attraverso di esso introduce quindi lo azoto. L'O. osserva che poichè Brauer ha forse avuto il maggior numero di casi di embolismo gassoso e li ha avuti nei rifornimenti successivi, il suo metodo che mirava specialmente ad eliminare questo pericolo non ha ragione di aver la preferenza su quello di Forlanini che riesce nella immensa maggioranza dei casi. L'O. descrive quindi la tecnica con cui si esegue il pneumotorace, differenziandone le modalità a seconda che si abbiano di fronte casi a cavo pleurico pervio o casi in cui per le aderenze sia particolarmente difficile il creare una bolla gassosa iniziale che permetta poi successivamente un pneumotorace sufficiente a dare il collasso polmonare voluto. Dà grande importanza al modo di comportarsi del manometro di cui mette in rilievo uno speciale modo di comportarsi osservato da lui e dal prof. Cambiaso e che darebbe un indice certo della posizione dell'ago nel cavo pleurico cercato. Relativamente alla quantità di azoto da introdursi nella prima e nelle successive sedute mette in rilievo il contrasto fra Brauer e Forlanini. Mentre il primo introduce grandi quantità iniziali di gas (1000-1200), Forlanini consiglia di non superare i 400 cmc. Nella Clinica medica di Genova l'O. si è attenuto nei primi casi a quantità intermedie ma è venuto poi nella convinzione che il precetto di Forlanini debba essere seguito con tutto rigore, e che bisogna sacrificare il desiderio di ottenere rapidamente pressioni positive alla prudenza che le dà in tempo più lungo, ma con risultati assai più sicuri per l'esito finale. L'O. considera quindi i pericoli inerenti al pneumotorace quali l'embolismo gassoso del cervello, l'eclampsia pleurica, l'enfisema marginale e l'enfisema sottocutaneo: li crede tutti evitabili se il pneumotorace è eseguito da persona capace ed esercitata.

Prof. **V. Maragliano**. *Osservazioni radiologiche sul pneumotorace.* — L'O. fa prima una breve relazione sopra il valore della Röntgenologia nella tubercolosi polmonare esponendo la classifica-

zione radiologica da lui proposta: 1° Tubercolosi gangliare dell'ilo polmonare; 2° Peribronchite; 3° Focolai di broncopolmonite disseminati; 4° Focolai di broncopolmonite confluenti; 5° Sclerosi polmonare; 6° Focolai di broncopolmonite distruttiva con fatti cavitari; 7° Tubercolosi miliare; 8° Polmonite caseosa; 9° Lesioni pleuriche.

Per quanto riguarda propriamente il pneumotorace la Röntgenologia serve:

I. Per le indicazioni del pneumotorace;

II. Per seguire il decorso del pneumotorace;

III. Per giudicare degli effetti del pneumotorace.

Il quadro radiologico ideale per consigliare il pneumotorace sarebbe di trovare un polmone malato con lesioni cavitarie, con polmone sano dall'altra parte. Ciò non si ritrova quasi mai. Quando un polmone è giunto allo stadio cavitario, è rarissima eccezione trovare sano l'altro polmone che presenta di regola lesioni più o meno importanti. È perciò necessaria una fine discriminazione, caso per caso, del quadro radiologico per valutare l'entità delle lesioni dell'altro polmone, discriminazione che deve essere basata pel radiologo sopra una profonda conoscenza delle lesioni tubercolari sul quadro fluorescente e sulla lastra fotografica. Le controindicazioni saranno date:

1° per lesioni troppo lievi;

2° per lesioni troppo gravi bilaterali, e sopratutto per le forme disseminate bilaterali;

3° nelle tubercolosi gangliari dell'ilo polmonare anche se ulcerate;

4° per constatate aderenze tenaci o diffuse che costituiscono un troppo grave ostacolo allo intervento operativo. Il pneumotorace sarà indicato in lesioni bilaterali quando queste siano determinate nell'altro polmone *a*) da sclerosi; *b*) da peribronchite; *c*) da fatti antichi sclerosati o calcificati non escluse le caverne; *d*) da fatti disseminati di piccola entità ed in cui si scorgano i segni di un processo di guarigione. La radiologia nel decorso del pneumotorace serve a studiare come si comporta la raccolta gazosa nella sua estensione, per quanto riguarda la compressione del polmone e dei fatti cavitari, per quanto riguarda lo spostamento degli organi mediastinici del diaframma e della trachea. Si distinguono i seguenti tipi:

1° pneumotorace parziale basale, compressione vertebro-apicale;

2° pneumotorace parziale basale-mediastinico, compressione laterale;

3° pneumotorace totale: compressione *a*) vertebro-spinale, *b*) vertebrale, *c*) centrale;

4° pneumotorace concamerato, compressione plurilaterale. L'A. attira per ultimo una speciale attenzione sul movimento paradosso o fenomeno del Kimbeck che si può studiare solo radioscopicamente.

La radiologia nello studio degli effetti del pneumotorace, ha importanza per: *a*) vedere se si è ottenuto la compressione del polmone malato e l'obliterazione dei fatti cavitari (non sempre anche con alte pressioni si ottiene l'obliterazione delle cavità), *b*) vedere e seguire le condizioni dell'altro polmone e sopratutto dei focolai esistenti in esso.

L'osservazione radiologica dei casi trattati, che furono tutti 37 studiati röntgenologicamente e la massima parte radiografati, dimostra che le lesioni dell'altro polmone rimangono generalmente immutate, ciò che radiologicamente si deve interpretare come una non attività del processo morboso.

Una osservazione a cui l'O. dà il massimo valore è quella da lui fatta in due casi in cui potè vedere, in successive radiografie fatte ad un anno di distanza circa, la calcificazione del polmone non compresso di fatti morbosi prima esistenti, ciò che si deve interpretare come un processo di guarigione dei focolai esistenti nel polmone non assoggettato al collasso.

Prof. **Edoardo Maragliano**. *Valore clinico del pneumotorace*. — Il pneumotorace artificiale, concezione di un clinico italiano, già consacrato dai pratici, si trova ancora nella sua infanzia per quanto riguarda la sua ragione scientifica e le modalità della sua esplicazione; era quindi opportuno che dopo l'esperimento fatto dai pratici, si praticassero ricerche minute e varie per vedere di rintracciarne la ragione scientifica.

Tali ricerche l'O. ha fatto eseguire nella sua Clinica, dove da oltre un anno numerosi infermi vengono sottoposti ad un trattamento sistematico.

Concetto fondamentale dell'O. è quello di vedere che cosa succede della tubercolosi polmonare nel tessuto compresso: in oggi si può dire che la compressione, un effetto benefico lo esercita, sì, ma che essa non è però capace di impedire la vita dei bacilli che si trovano nei tessuti.

Tralasciando di parlare di tutte le ricerche biologiche, dice, come clinico, le impressioni avute dalle indagini sperimentali eseguite e le conclusioni da trarne. È opportuno che i pratici si fissino bene sulla questione. Forlanini dice che un tale procedimento serve a curare i fatti di tisi, le conseguenze cioè della infezione tubercolare col corredo della necrobiosi dei tessuti e delle associazioni microbiche, e circoscrive a questo punto il compenso e la sua finalità. E

quali compensi, dice l'O., si hanno in tali casi? La terapia specifica non basta: essa non aggredisce il polmone: riesce invece il pneumotorace quando si domanda ad esso il solo effetto meccanico, e praticamente si deve dire che laddove è possibile raggiungere la finalità della compressione, i risultati sono ottimi. Ma in base a quale criterio si deve suggerire ad un infermo l'applicazione del pneumotorace?

L'O. prende in considerazione prima di tutto un grande gruppo di infermi in cui esiste un processo tisiogeno, in cui obbiettivamente si riscontrano i fatti che lo dimostrano. Si applichi in tali casi il pneumotorace e lo si applichi tutte le volte in cui si è autorizzati a ritenere possibile la compressione. Nei casi dubbi, in cui non si è certi di determinare la compressione, si potrebbe anche praticare un pneumotorace esplorativo. L'altro gruppo di ammalati è dato da quelli infermi nei quali esistono fatti circoscritti, limitati, senza sintomi di tossiemia, senza fatti che indichino la tisi; in questi casi il pneumotorace non si deve applicare. Non si tratta di un processo che abbia raggiunto quello stato in cui il pneumotorace è utilizzabile e non si può dire che in questi casi esso sia sempre innocuo. Tra questi due estremi di casi, esiste poi una gamma intermedia di lesioni più o meno avanzate in cui il pneumotorace può essere utile o no a seconda dei casi che si valutano e la valutazione va fatta caso per caso, secondo le cliniche contingenze.

In base all'esperienza personale l'O. ammette che controindicazioni assolute non ne esistono; eccetto naturalmente quelle meccaniche. Noi vediamo, egli dice, che all'esame radiologico è raro trovare un polmone malato da una parte e sano dall'altra: la radiologia lo ha obbligato a modificare il suo modo di vedere riguardo a quelle circoscrizioni assolute già ammesse: esse non esistono nella pluralità dei casi; e del resto ciò è stato pur dimostrato dalla anatomia patologica.

Quindi non lesioni del lato opposto, non il timore di ridurre l'area respiratoria, non il timore di far male agli ammalati devono impedire l'applicazione del pneumotorace: nessuna controindicazione esiste assoluta, necessaria e inerente al procedimento.

Ma 'muoiono infermi; ma muoiono essi per il pneumotorace? All'O. fortunatamente non fu dato registrarne caso alcuno. Si è in allora di fronte ad ammalati nei quali la malattia segue la sua marcia fatale e progressiva. Relativamente alla questione dei versamenti pleurici, che a volte si producono, ritiene che facilmente si hanno tali versamenti per pura e semplice irritazione locale; essi non hanno mai dannosamente influenzato l'andamento generale.

L'O. infine insiste sulla necessità di praticare prima un esame radiologico e di procedere poi con molta cautela, con perizia tecnica e con la esatta valutazione del caso. È quindi dell'avviso di quei clinici che ritengono necessario che tali procedimenti siano fatti da chirurghi; è necessario avere molta consuetudine e accorgimenti di asepsi.

Conclude dicendo: « Si tratta di un procedimento che può dare ottimi risultati, ma che non deve essere sfruttato leggermente con intempestive o mal eseguite applicazioni. Bisogna prima accertarsi che si tratta di un processo tisiogeno, con cavità e che sia il caso di finalità da pneumotorace. Si tratta di un compenso terapeutico che opportunamente applicato e rigorosamente eseguito può riuscire vantaggioso e far onore al nostro Paese. Noi abbiamo perciò il dovere di consigliare, di propagare e di difendere questo presidio di tisioterapia ».

Seduta del 19 maggio 1913.

Discussione sul pneumotorace.

Rubino. Osserva che non avendo i conigli due cavità pleuriche distinte, non sa quali deduzioni si possano trarre dagli esperimenti fatti con iniezioni endopleuriche di paraffina. Questo procedimento è poco probativo per il fatto collasso polmonare; è invece importante perchè viene a spiegare uno dei fattori, e forse il più importante che influisce sulla guarigione del processo morboso, quello cioè relativo al fatto che la compressione con paraffina determina nel tessuto polmonare condizioni tali che sono sfavorevoli allo sviluppo del bacillo di Koch, il quale è un germe aerobio.

Parodi. Rivolgendosi al dott. Breccia ricorda esperimenti di alcuni autori e anche suoi, nei quali per quanto si siano sperimentati i più svariati procedimenti, non fu possibile di ottenere nel coniglio condizioni che fossero paragonabili a quelle prodotte dall'azione dell'azoto nel l'uomo.

Si informa su alcuni dettagli di tecnica e sulla possibilità che la compressione esercitata sul polmone agisca sulla tubercolosi; considera dal lato anatomo-patologico la questione relativa al limite tra tubercolosi e tisi polmonare, e ricorda la evenienza di trovare individui che presentano tisi caseosa ad un apice e tubercolosi a tutto il polmone. Insiste su tali fatti che debbono essere presi in molta considerazione. Ricorda infine la possibilità di ottenere, come gli fu dato di vedere sperimentalmente, la determinazione della tisi col solo bacillo di Koch, senza l'associazione di

altri germi. Si rivolge poi al prof. Vittorio Maragliano, il quale parlò spesso di calcificazione di caverne, ed osserva come le caverne propriamente non calcificano.

Trevisanello. Fa notare e sottolinea alcuni punti sui quali gli osservatori non sono ancora concordi, portando alla questione il suo contributo personale. Crede che l'indicazione dovrebbe essere limitata alla tubercolosi distruttiva e possibilmente unilaterale. Ricorda il fatto osservato, che lesioni controlaterali migliorano quasi sempre sotto l'azione del pneumotorace praticato sull'ammalato, e giustifica questo fatto, che sembrerebbe contradditorio, col seguente concetto: aereandosi maggiormente il polmone in cui esistono lesioni apicali, si viene ad avere in esso un ricambio maggiormente attivo, per cui le lesioni sono suscettibili di miglioramento. Nota poi come è difficile valutare in precedenza quali siano i casi di tisi polmonare nei quali è utile la pneumoterapia unilaterale: si hanno dei casi nei quali tutti i fatti dimostrano che si tratta di casi, diciamo ideali, e nei quali invece il decorso dimostra la insufficienza del procedimento. Si potrebbe pensare che al di là delle condizioni generali e locali esistano ancora delle circostanze di recettività individuali, le quali devono essere prese in massima considerazione. In ultimo afferma come il fattore della pressione non è il solo che deve essere preso come guida per i rifornimenti di azoto: il polmone non si retrae sempre come si desidera, qualche volta il gas iniettato nella pleura invece di comprimere il polmone, sposta altri organi e, in prima linea, il mediastino.

Pacchioni. Riferendosi alla relativa frequenza con cui, specie dagli americani, si procede alla applicazione del pneumotorace nei bambini, osserva come l'organismo del bambino non sia il più adatto a subire un tale intervento. La tubercolosi nel bambino ha molta tendenza alla generalizzazione. Il sopprimere un polmone vorrà dire facilitare lo sviluppo della tubercolosi nell'altro: tanto più data la facilità che ha il polmone infantile a distendersi. È erroneo poi, e pericoloso sopprimere un tratto notevole di area respiratoria. Quindi bisogna essere in modo speciale molto guardinghi.

Catterina. Non crede che debba essere solo il chirurgo provetto capace di applicarlo dato che si tratta di una semplice puntura che non richiede speciali cognizioni di anatomia. Nell'apparecchio del Forlanini è il manometro che serve di guida. È doveroso che tale risorsa terapeutica venga estesa anche tra i medici pratici lontani dai grandi centri.

Breccia. Rispondendo per la parte che gli spetta, dice al prof. Rubino che la comunicazione delle due pleure nella cavia e nel coniglio è nota da moltissimo tempo e che di essa parlò nella sua relazione. Al prof. Parodi, riguardo alla tecnica spiega come inclinando la cavia o il coniglio opportunamente si riesce a far raccogliere la paraffina iniettata nella pleura solo in un lato. Spiega l'anatomia del mediastino del cane: dice che nel cane si notano gli effetti di una compressione relativa, spesso bilaterale, che dimostra solo le condizioni circolatorie che si fanno nel polmone pel pneumotorace. Nelle cavie e nei conigli il polmone diviene atelettasico non per la diminuzione di volume dello spazio pleurico dovuto alla paraffina, ma per la pleurite fibroadesiva che si sviluppa e che determinando modificazioni nel sistema connettivo si infiltra seguendo il meccanismo delle polmoniti interstiziali metapleuriche. L'unica prova dell'azione del pneumotorace, la prima data finora, l'A. l'ebbe nella scimmia in cui notò sclerosi di focolai nel polmone compresso e assenza di disseminazioni recenti.

Vittorio Maragliano. Risponde che con espressione più precisa si doveva dire sclerosi della caverna con punti di calcificazione; e ancora insiste a proposito della calcificazione, ma non tanto per quella delle caverne, quanto per quella che si verifica in focolai bronco-pneumonici, come gli fu dato notare in polmone non compresso.

SEGÀLE.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 28 marzo 1913.

Borelli e **Girardi** hanno praticato una serie di ricerche *Sul ricambio del cloruro sodico negli individui sani* giungendo alle seguenti conclusioni:

1. Sottoponendo l'organismo ad una dieta costante e determinata qualunque sia quantità di H_2O e di NaCl contenuta in questa dieta occorrono tre o quattro giorni per mettersi in equilibrio, il quale poi non è mai assoluto.

2. Esiste uno stretto rapporto fra quantità, densità dell'urina e percentuale di NaCl nel senso, che se l'organismo di fronte all'introduzione di NaCl abbondante reagisce non aumentando la quantità dell'orina, aumenta la densità e la percentuale di NaCl; se la quantità dell'orina aumenta moderatamente la densità rimane invariata ed aumenta la percentuale di NaCl; se aumenta di molto la quantità la densità diminuisce e la percentuale rimane invariata o diminuisce.

3. Esiste un coefficiente personale di massima eliminazione di NaCl rispetto ad una data

quantità introdotta, quando questa superi in modo evidente la quantità abituale ingerita.

4. La quantità di liquido introdotta esplica quasi nessuna influenza su questo coefficiente personale di massima eliminazione. La quantità di liquido introdotta esplica invece una notevole influenza quando la quantità di NaCl introdotto è inferiore od uguale al coefficiente di massima eliminazione.

La quantità di liquido introdotto esplica invece una notevole influenza quando la quantità di NaCl introdotta è inferiore od uguale al coefficiente di massima eliminazione.

5. Secondo che il coefficiente di massima eliminazione è più o meno alto l'individuo dimostra una tendenza più o meno spiccata alla ritenzione od inversamente alla ipereliminazione del NaCl.

6. Di fronte ad una somministrazione abbondante di Na Cl e di H_2 O avviene, per lo stesso giorno, in modo quasi costante una ritenzione di entrambi gli elementi con un aumento del peso del corpo.

7. Di fronte ad un'introduzione abbondante di NaCl e scarsa di liquido si osserva invece una diuresi relativa.

8. Di fronte all'introduzione abbondante di H_2 O per una sola volta, l'organismo non solo non elimina una quantità maggiore di NaCl, specialmente se la dieta idrica antecedente era scarsa, ma una quantità minore. Le introduzioni abbondanti e ripetute di H_2O aiutano invece l'eliminazione del Na Cl.

9. La quantità di NaCl eliminata può essere nel giorno seguente a quello del sovraccarico, maggiore che non quella eliminata nel giorno del sovraccarico stesso, specialmente in un individuo con tendenza alla ritenzione.

10. La dieta aclorurata predispone ad una ritenzione maggiore di fronte ad un sovraccarico anche lieve di Na Cl.

Borelli. *Sopra un caso di arteriosclerosi polmonare.* — Si tratta di una donna di 40 anni che avendo già sofferto da due anni sintomi di insufficienza cardiaca venne all'osservazione dell'O. in seguito alla comparsa di allarmanti broncorragie. Essa presentava cianosi, dispnea, tosse, area cardiaca un poco ingrandita nel senso verticale, soffio sistolico e presistolico alla punta ed accentuazione del secondo tono sui focolai della base, ascite, edemi. Nel decorso presentò broncorragie, e melena e venne a morte colla diagnosi clinica di vizio doppio mitralico scompensato con infarti multipli. Si trovarono intatte le valvole e gli orifizi cardiaci, arterie polmonari dilatate con numerose chiazze ateromatose.

Borelli dall'osservazione di un caso di *diabete insipido con tumore dell'ipofisi* trae occasione a discutere dell'origine e della natura della poliuria per fatti cerebrali, concludendo che l'ipofisi nell'eziologia del diabete insipido non ha maggiore importanza di qualunque altra regione che per invasione neoplastica o luetica o tubercolare o qualunque, sia capace di produrre un aumento di volume o stato irritativo, ecciti la base del cervello e specialmente la regione del terzo ventricolo, corpi mamillari, sostanza perforata posteriore.

Rovere espone i primi risultati di una serie sistematica di ricerche sui *fermenti del timo di vitello.* — Da numerose esperienze fatte con metodi diversi crede di poter concludere che sono presenti nel timo la lipasi, la catalasi, i fermenti autolitici, l'esterasi, la lecitasi, l'ureasi.

Mancherebbero la diastasi, la lattasi, l'invertasi, la disamidasi. PIETRO SISTO.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche del marzo-aprile.

Dott. **F. Franchini** (comprimario medico all'Ospedale Maggiore). *Intorno ad alcune proprietà dell'urina di tre emoglobinurici.* — Riferisce una prima parte delle sue ricerche analitiche sopra l'urina di vari individui emoglobinurici. Si tratta ora di tre malati di emoglobinuria da freddo, tutti sifilitici. Nelle urine di costoro, prelevate all'acme dell'accesso e che si presentavano intensamente emoglobiniche e colle strie d'assorbimento della ossiemoglobina e della metaemoglobina, il F. ha trovato il seguente fatto. Lasciando cadere a goccia a goccia acido nitrico diluito (20-30 %) sino alla formazione di un intorbidamento stabile, e facendo poi bollire per breve tempo, il precipitato si scioglieva quasi del tutto e si riformava assai presto alla temperatura ambiente ed anche più rapidamente raffreddando la provetta nell'acqua.

Queste urine presentavano del resto, intensamente positive, tutte le reazioni che comunemente si fanno per svelare l'albume. Ora è certo che, senza praticare la reazione dell'acido nitrico nel modo sopra indicato si sarebbe potuto erroneamente attribuire a queste urine un contenuto di albume di gran lunga superiore al vero. Difatti la sostanza, che precipita a freddo con acido nitrico e che poi si scioglie a caldo e riprecipita raffreddando, pur avendo in comune con l'albumina tutte quelle reazioni che più generalmente si fanno per ricercarla, non è nè l'albumina nè la globulina del siero; bensì è, nel caso speciale, un corpo del gruppo, forse degli istoni, che si chiama globina e che è la parte proteica della molecola della emoglobina.

Il chiamare senz'altro col nome di albume questo precipitato, come tutti gli autori fanno (Eivveiss, dicono i tedeschi), è una improprietà di parole se pure non è un vero e proprio errore di interpretazione del fenomeno, il quale può condurre a conclusioni sbagliate. Coi nomi di albume, albumina e simili noi indichiamo, per uso invalso universalmente, una mescolanza di albumina e di globulina del siero che sono corpi ben differenti per proprietà chimiche e per significato patologico. Nelle urine esaminate dal F. la grandissima parte della sostanza precipitabile dai comuni reagenti dell'albumina era costituita da questo derivato della emoglobina.

Il patologo Conheim, osserva il Franchini, è uno dei pochissimi se non l'unico autore, che affermi che l'urina dell'accesso emoglobinurico tipico non contiene altro di abnorme ehe la emoglobina e che manca in essa l'albumina del siero. Questa affermazione recisa di un' autorità così grande merita di essere controllata coi metodi moderni di ricerca, e però il disserente spera di potere comunicare altri risultati.

Prof. **G. Dagnini** (primario medico dell'Ospedale Maggiore). *Atonia dell'elevatore palpebrale e del retto interno in un caso di paresi dell'oculomotore comune di origine tabetica.* — Presenta ed illustra un caso di tabe dorsale in cui esiste blefaroptosi destra piuttosto intensa e deviazione all'esterno del bulbo oculare destro.

Invitando l'infermo ad aprire gli occhi, oppure solo il destro, si vede che la palpebra si solleva nella misura normale e che il bulbo ruota all'interno assumendo la posizione mediana. Una ulteriore rotazione interna, per quanto non completa, è possibile nei movimenti di convergenza e di deviazione laterale sinistra dello sguardo. Il Dagnini, illustrando il fatto, mette in rilievo il contrasto fra la condizione statica (blefaroptosi e deviazione all'esterno del bulbo oculare) e la condizione dinamica (sollevamento volontario della palpebra e rotazione interna del bulbo), e quindi è indotto ad ammettere che non si tratti di offesa del tronco nervoso o delle fibre sottonucleari del 3°. In tal caso infatti la stessa causa che si oppone alla trasmissione degli impulsi continui del tono avrebbe pure ostacolata la trasmissione degli stimoli volontari i quali, giunti normalmente al nucleo, debbono poi percorrere la via nervosa periferica. Invece la dissociazione osservata depone per un'offesa nucleare, la quale turbi il meccanismo di produzione degl' impulsi tonici, mentre lascia intatta (o altera in grado molto minore) la facoltà degli elementi cellulari di ricevere stimoli da centri superiori e di trasmetterli alla periferia.

A questo proposito il D. fa rilevare come nel malato in esame esista un'atrofia del n. ottico destro con diminuzione notevolissima del potere visivo e come, analogamente a ciò che talvolta accade nei tabetici per la muscolatura degli arti, questo difetto di stimoli centripeti sopra un nucleo paretico possa alterare l'elaborazione degli impulsi del tono: alla genesi dei quali prendono parte, oltre alle influenze di centri corticali, cerebellari e mesencefalici, anche le eccitazioni provenienti dagli organi di senso.

GUIDO M. PICCININI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

(Seduta 25 aprile 1913).

Presidente: Prof. **Cesari.**

T. Silvestri. *Nevriti e stricnina.* — L'O. riferisce su quattro (un caso di sciatico-nevrite bilaterale, un caso di sciatico-nevrite destra, uno di polinevrite generalizzata e uno di polioimielite a forma polinevritica) delle molte osservazioni di nevriti gravi dovute alla stricnina sia *per os*, che per iniezioni sottocutanee, a dosi piuttosto generose, ma non altissime, come vorrebbe l' Hartenberg.

Il sale usato è il nitrato di stricnina. La dose iniziale negli adulti era di 1 mgm. e si aumentava successivamente ogni giorno di 1 mgm. fino ad 8-9; dose che era mantenuta per 7-8 giorni e poi veniva diminuita nella stessa proporzione. Dopo 4-5 giorni di riposo si riprendeva.

Nella poliomielite a forma polinevritica in una bambina di 30 mesi, il nitrato di stricnina fu somministrato per via gastrica incominciando con 1/4 di mgm. e si aumentò successivamente in modo da arrivare a 3/4-1 mgm. *pro die*, nel primo periodo di cura, a mgm. 1.1/4 nel secondo.

I risultati sono stati addirittura miracolosi in ogni caso, e ciò è tanto più importante perchè due dei casi in discorso erano stati giudicati inguaribili e ricoverati nel « turno cronici »; il terzo era gravissimo, e nemmeno le ripetute iniezioni di morfina valevano ad attutire il dolore; ed il quarto era stato giudicato una poliomielite grave, comune, e quindi non suscettibile di guarigione.

Silvestri. *Non è giustificata la sterilizzazione dell'aria da introdursi nelle sierose.* — Accennato alla sua prima pubblicazione intorno all'argomento (1896) si intrattiene più specialmente sull' introduzione di aria atmosferica nella pleura (metodo del Kawahara) nelle pleuriti sierofibrinose; metodo che ha avuto in seguito una applicazione piuttosto scarsa.

Gli AA. che l'adottarono, però, ricorsero tanto all'aria sterilizzata, quanto alla purificazione della medesima attraverso un filtro di cotone sterilizzato.

Riporta in appoggio della non giustificata sterilizzazione dell'aria atmosferica i risultati di ricerche batteriologiche, dalle quali risulta come prima e dopo l'introduzione dell'aria, qualunque sia l'ambiente, non vi siano differenze nella flora del liquido.

Dopo avere accennato ad alcuni casi di pleuriti purulente in bambini, nei quali l'estrazione del liquido coll'aspirazione, il lavaggio ad aria del cavo pleurico, ed il pneumotorace in tal modo stabilito, hanno apportato una guarigione completa dopo la prima o al massimo dopo la seconda seduta; riferisce una osservazione recente di una pleurite purulenta secondaria a broncopolmonite di natura sospetta (lo sputo e le colture del liquido pleurico sono sempre state negative rispetto al bacillo di Koch) in individuo con tara tubercolare, nel quale la toracentesi ripetuta (cinque volte) e la parallela immissione di aria atmosferica nel cavo pleurico, sono state seguite da guarigione. Anche in questo caso, alla sesta estrazione del pus, questo era affatto sterile, come il Sinigaglia, dell'Istituto, di patologia chirurgica ha dimostrato.

L'introduzione poi di aria atmosferica nella pleura è superiore di gran lunga alla cura alla Gilbert, alla introduzione di sostanze modificatrici, non solo in rapporto ai risultati prossimi, ma anche ai remoti.

L. Martinotti. *Azione della tiroidina nella sclerodermia.* — L'A. presentai risultati ottenuti con il trattamente tiroideo in uno sclerodermico malato da un anno e mezzo, in cui vari altri mezzi terapeutici erano falliti.

Il paziente in questione presentava una forma mista a chiazze e *en bande*, con una manifestazione particolarmente grave a livello dell'arto e sopratutto della gamba sinistra (atrofia dell'arto, ulceri atoniche). Egli adoperò la tiroidina preparata secondo il metodo Vassale data ai pasti a dosi crescenti da 1 a 25 goccie per pasto, ai due pasti principali.

La cura venne continuata per mesi; i primi risultati poterono essere constatati solo dopo un mese e mezzo circa: dopo aver perseverato per mesi si ottenne: rimarginazione completa delle ulcerazioni, diminuzione della durezza delle singole lesioni, sopratutto di quelle *en bande*; lieve aumento dell'arto atrofico e accrescimento delle sue distensibilità; difatti mentre dapprima non era distensibile che parzialmente, potè raggiungere la estensione totale e l'ammalato, che alla entrata all'ospedale usava le stampelle, potè in seguito riprendere l'uso della bicicletta. D'altro lato però le lesioni non si restrinsero affatto e la durezza caratteristica non diminuì che in parte.

Durante la cura non comparvero mai nuove lesioni e invece l'A. notò l'apparizione di una manifestazione lineare al braccio sinistro quando sospese per due mesi la cura.

L'azione manifestata sulla sclerodermia dalla tiroidina è stata dunque evidente, portando ad un arresto più che ad una *restitutio ad integrum* della malattia la quale riprendeva il suo decorso quando veniva meno l'azione della tiroidina stessa.

Prof. C. GAZZETTI.

Società fra i cultori delle scienze mediche e naturali di Cagliari.

Seduta del 30 aprile 1913.

Dott. A. Castelli. *Sulla tossicità delle punture del « Latròdectes tredecimguttatus » esistente in Sardegna.* — L'O. segnala la presenza in Sardegna di un ragno, *Latrodectes tredecimguttatus* alla cui puntura si attribuiscono fenomemi svariati specialmente di eccitamento del sistema nervoso, fenomeni per la loro imponenza sproporzionati ai lievi fatti locali.

Dai ragni avuti dalla cortesia di alcuni colleghi, triturati in presenza di soluzione fisiologica di NaCl, nelle proporzioni di un ragno per ogni 10 cmc. di soluto, ha ottenuto un liquido che filtrato attraverso le Berkefeld W, si è dimostrato tossico per i conigli, le cavie e i cani.

I fenomeni cui dà luogo l'inoculazione del veleno furono studiati su conigli, cavie e cani. La inoculazione endovenosa di dosi di filtrato da 2 cmc. in su, dà luogo nei conigli alla morte immediata, dopo qualche brusca contrazione del treno posteriore; con dose invece di 1 cmc. la morte avviene solo nel termine di circa 2 ore. Il quadro dell'avvelenamento si svolge in due periodi, il primo caratterizzato da eccitamento generale, irrequietezza, midriasi e contrazioni muscolari degli arti posteriori; il secondo da paralisi e ottusità del sensorio.

Non v'è quindi dubbio che il *Latrodectes tredecimguttatus* ha la proprietà di produrre un veleno letale per i comuni animali del laboratorio. Si tratta però di un veleno molto labile perchè tenuto in ghiacciaia per una settimana e riscaldato per 30 minuti a 56° perde la sua attività, come pure la perde se trattato con alcool ed essiccato in essiccatore a cloruro di calcio.

L'O. si riserva di riprendere le esperienze e di completare le ricerche che dovette per varie circostanze interrompere.

*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il vaccino antidifterico di Behring.

Ha destato molto interesse in Germania l'annunzio fatto recentemente dal prof. von Behring di un nuovo mezzo profilattico contro la difteria; esso consiste in una emulsione di tossine difteriche naturali con antitossine (sensibilizzazione alla Besredka).

Questo vaccino determina lentamente un'immunità attiva che dura almeno parecchi mesi.

Il prodotto si dimostra innocuo per la cavia, mentre la scimia e l'asino reagiscono fortemente contro di esso; la reazione dell'uomo è meno violenta: è più marcata in bambini di 4-5 anni che in neonati.

I « portatori » di bacilli, i quali posseggono un apprezzabile contenuto di antitossine nel sangue, sono ipersensibili al prodotto ed elaborano fortissima quantità di antitossina dopo averne ricevuto una iniezione.

Marburg cita il caso di un portatore in cui la iniezione di 1/16 cmc. di vaccino provocò la produzione di 600,000 unità immunizzanti, mentre bastano 250 ad assicurare l'immunità contro la difterite. — Profittando di questo forte potere antitossico, si è usato il siero del bambino così trattato per conferire a un altro bambino l'immunità passiva, con risultati eccellenti, poichè mancarono gli effetti secondari del siero eterologo di cavallo e la immunità così trasmessa durò molto a lungo; è il primo caso d'immunizzazione con siero antropogeno.

Behring si propone di affidare il vaccino a molti clinici per precisarne il dosaggio e accertarne gli effetti. Egli ne raccomanda l'uso in specie: *a*) per i portatori, affine di distruggere possibilmente il focolaio naso-faringeo di germi attivi; *b*) per produrre un'immunità persistente; *c*) per ottenere un siero antropogeno. Sarebbe specialmente adatto per le comunità chiuse (asili, orfanotrofi, istituti, prigioni, ecc.), in cui si può controllare rigorosamente l'applicazione per lunghi periodi. Intanto sono già state eseguite delle ricerche. Per es. il prof. Schreiber nell'ospedale di Magdeburg ha riconosciuto che il vaccino ha protetto efficacemente i bambini cui è stato inoculato, malgrado fosse in corso un'epidemia di difterite; d'altra parte nessuno di essi è divenuto portatore di bacilli difterici. Il prof. Zangemeister, ostetrico nello stesso ospedale, insiste sulla opportunità di vaccinare tutti i neonati, poichè la mortalità per difterite è ancora molto elevata (0.58 %). nei bambini.

L'Hahn nell'ultimo Congresso di Wiesbaden ha riferito su circa 40 casi da lui trattati con tale metodo ed è sorta in proposito una discussione interessante. Dall'esperienza sempre maggiore che il Behring ed i suoi allievi hanno acquistato risulta anzitutto la completa assenza di fenomeni reattivi fastidiosi, pericolosi ed un'azione realmente profilattica che si dimostra dalla formazione di una grande quantità di corpi immunizzanti negli individui vaccinati e dalla completa assenza di manifestazioni difteriche.

L'importanza degli studi del Behring risulta appunto dalle considerazioni statistiche che dimostrano che se dopo l'uso del siero antidifterico è notevolmente diminuita la mortalità per difterite, non si può dire altrettanto della morbidità che è anzi in continuo aumento.

Se i risultati già ottenuti verranno ulteriormente confermati, se ne comprende l'importanza, quando si consideri che tutte le regole profilattiche contro la difterite, quali la chiusura delle scuole, la disinfezione degli ambienti o delle persone, l'isolamento dei malati, dei convalescenti e dei portatori, con relativi controlli batteriologici, oltre a presentare un dispendio di energie considerevoli non dànno che risultati scarsi.

(*Deut. Med. Woch.*, 8, 15 e 21 mag. 1913).

CASISTICA.

Nefrite sifilitica acuta precoce.

Secondo Hoffman (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1913, n. 8), la possibilità che gli organi interni vengano compromessi nei primi stadi dell'infezione luetica, è ben chiarita dal fatto posto in evidenza dall'A. nel 1906, che cioè già sei settimane dopo l'infezione si riscontrano spirocheti nel sangue circolante. Le localizzazioni precoci più note del virus sifilitico sono quelle a carico del sistema nervoso, delle articolazioni, del periostio, del fegato, dei reni.

La nefrite sifilitica precoce è tuttavia tutt'altro che frequente; Karvonen, nella sua monografia pubblicata nel 1912, ne ha raccolto solo 20 casi sicuri. L'A. ritiene perciò importante comunicare sei casi di questa forma morbosa da lui osservati.

Dall'esperienza clinica dell'A. risulta che un fatto caratteristico della nefrite sifilitica acuta

precoce è rappresentato dalla enorme quantità di albumina contenuta nell'orina (fino al 13 per cento). Tale nefrite compare durante il periodo dell'eruzione, ma talora anche prima che si manifesti la roseola; può iniziare subdolamente oppure in maniera eclatante, con edemi e versamento addominale. Elemento diagnostico importantissimo è la presenza di gran quantità di spirocheti nel sedimento. La ordinaria terapia della nefrite è insufficiente; occorre unire ad essa la cura specifica. L'A. consiglia di usare simultaneamente il mercurio e il salvarsan.

V. F.

Il significato dell'albuminuria gravidica.

Il Siedeberg, in base ad una ricca statistica, ha fatto una serie di osservazioni interessanti sulla albuminuria delle gravide. Egli ha anzitutto notato una notevole preponderanza di complicazioni nei casi con albuminuria; è evidente che l'albumina nelle urine è il solo segno visibile di alterazioni profonde del metabolismo che colpiscono l'organismo, dipendente dall'insufficienza funzionale di qualche organo escretore, per cui si determina nel sangue un accumulo dei prodotti del metabolismo cellulare, che si originano forse dalla disintegrazione dell'albumina. Questi prodotti determinano alterazioni infiammatorie del tessuto renale e si costituisce così un'affezione degenerativa per lo più di carattere transitorio. Se il processo non vien riconosciuto all'inizio si determinano alterazioni più gravi, che sono la causa dell'eclampsia. L'alterazione renale al suo primo inizio non si rivela con altri sintomi che colla albuminuria e quindi è opportuno praticare lo esame delle urine sistematicamente nelle gravide.

Le conseguenze di questo stato tossico che si rivela coll'albuminuria sono sopratutto le emorragie in gravidanza e l'aborto.

Non deve meravigliare la frequenza delle emorragie nelle albuminuriche quando sappiamo che le affezioni renali sono associate con alterazioni gravi dell'apparecchio cardio-vascolare, quali lo aumento della pressione sanguigna, le emorragie cerebrali, quelle della retina e di tutti gli organi, l'utero compreso. Se questo stato tossico si ripete due o tre volte in gravidanze successive, si sviluppa arteriosclerosi. I fatti su esposti spiegano anche la frequenza della placenta previa, le aderenze delle membrane e forse la *flegmasia alba dolens*.

Gli aborti o i parti prematuri così frequenti nei casi di albuminuria si possono spiegare colla azione diretta del sangue tossiemico circolante sulla vitalità del feto. Che questa azione tossica possa esplicarsi nel feto attraverso la placenta lo dimostra la presenza di edemi in questo in alcuni casi di albuminuria materna. Un'altra spiegazione può darsi ammettendo una degenerazione tossica della placenta con alterazione delle funzioni vitali del feto.

Il parto prematuro si spiega ammettendo un potere delle tossine di eccitare le contrazioni uterine.

La spiegazione della maggior frequenza dei casi di placenta previa nelle donne albuminuriche è difficile; probabilmente in tali casi si trattava di una nefrite precedente e di una endometrite concomitante.

P. A.

TERAPIA.

La stricnina a dose intensiva.

La stricnina può considerarsi il tonico nervoso per eccellenza; essa agirebbe stimolando la nutrizione e l'attività della cellula nervosa. L'azione di tale farmaco sul sistema nervoso è puramente tonica, non eccitante nel senso abituale della parola, vale a dire capace di determinare un maggior lavoro mettendo in libertà l'energia latente, ma a cui si accompagna una perdita eccessiva di forza e quindi un esaurimento. Così vediamo che all'eccitazione provocata dall'alcool, caffè, tè ecc., segue un periodo di depressione. La stricnina invece avrebbe solo un'azione tonica senza essere eccitante, aumenterebbe il potere funzionale e la capacità al lavoro dei centri nervosi, direttamente ed indirettamente dei muscoli e delle funzioni dipendenti dal sistema vegetativo.

L'Hartenberg (*Presse Méd.*, 25-1-913) sostiene la necessità di somministrarla a dose intensiva per ottenerne il massimo effetto; infatti le quantità prescritte abitualmente in dosi di 1-2 mg. sarebbero insufficienti e sarebbe perciò necessario somministrarne la dose massima sopportata dal malato. Riguardo alla maniera migliore per saggiare la dose massima che varia secondo gli individui, l'A. ritiene che bisogna tener presenti i primi sintomi dell'intolleranza alla stricnina, costituiti da lieve ebbrezza, vertigini e legggiera rigidità della mandibola o delle gambe. Si deve somministrare la stricnina a dosi progressive per far utilizzare dal malato il massimo effetto terapeutico, tanto più che non esiste tendenza all'accumulo, come si legge nei trattati classici.

L'Hartenberg ritiene che il solfato di stricnina è il sale più attivo e che il modo di somministrazione migliore è l'ipodermico. Egli fa preparare una soluzione diluita al centesimo ossia contenente un centigrammo di sale per centimetro cubo: è necessario che la soluzione sia fatta con un prodotto di una purezza assoluta. Per evitare

qualunque sorpresa è opportuno che il medico stesso si prenda cura di spedire la ricetta, perchè la soluzione sia dosata con esattezza e il preparato sia di prima qualità.

Il primo giorno se ne iniettano 3 mg nella donna e quattro nell'uomo: a questa dose la reazione di regola ancora non appare: si aumenta poi la dose di mezzo mg. al giorno finchè compaia la reazione, consistente in rigidità della mandibola, vertigine, senso di ebbrezza, rigidità delle gambe. I fenomeni appaiono di regola da dieci o quindici minuti dopo la puntura e durano da mezz'ora a un'ora: dopo di essa il malato avverte un senso di benessere e di lucidità mentale senza eccitazione. Questa reazione fisiologica appare in genere con dosi di 5 a 6 mg. nella donna e di 6-7 mg. nell'uomo.

Praticando la somministrazione di una quantità uguale nei giorni successivi si nota che la reazione si attenua e scompare definitivamente. Allora si può tentare di aumentare la dose ma con precauzione e si può arrivare a somministrare al malato fino a due cg. di stricnina al giorno senza che esso avverta fenomeni reattivi maggiori della prima volta, specialmente se si prende la precauzione di lasciarlo riposare subito dopo la iniezione.

L'A. è arrivato a praticare due o tre iniezioni di un centigrammo nello stesso giorno senza inconvenienti, giacchè la stricnina, contrariamente all'opinione degli autori, non si accumula, ma dopo tre o quattro ore è completamente eliminata.

La terapia stricnica a forti dosi è stata dall'A. sperimentata con vero successo in tutti gli stati nevrastenici, purchè naturalmente non si tratti di stati melanconici, con cui spesso quelli vanno confusi. Inoltre i suoi effetti sono sorprendenti in tutte le affezioni midollari e nevritiche che decorrono con ipotonia ed atrofia muscolare (poliomelite, nevriti, tabe). Infine la stricnina è indicata in tutti i casi di debolezza fisica, di denutrizione, di cachessia (tubercolosi, anemia, convalescenza).

L'unica controindicazione è rappesentata dagli stati d'ipertensione con minaccia di emorragia cerebrale.

P. A.

La canfora.

Henrijean esamina (*La Prov. Méd.* 4 gennaio 1913) l'azione della canfora sul cuore, sui vasi, sul sistema nervoso, sulla secrezione sudorale.

Una delle ragioni che alcuni oppongono all'uso della canfora è la nessuna influenza ottenuta dal rimedio sull'azione del cuore sano degli animali. Ma è noto che molti stimolanti della fibra o del sistema nervoso cardiaco mentre restano senza azione a cuore sano, ne esplicano una nettamente sensibile sul cuore malato. Se il cuore p. es. è arrestato dall'azione della muscarina che irrita le estremità terminali del vago, riprende rapidamente i battiti sotto l'azione della canfora.

Eguale benefica influenza dimostra la canfora sul cuore arrestato dal cloroformio o dal cloralio: essa rende di nuovo il cuore sensibile all'eccitamento normale che parte dal seno.

L'uso della canfora nelle fibrillazioni auricolari non sempre, ma assai di frequente è seguito da buoni effetti. Comincia nell'azione cardiaca a comparire qualche pulsazione normale subito dopo dell'uso della canfora. S'intende che se a sustrato della fibrillazione v'è una grave alterazione anatomica e che se la fibrillazione è estesa a tutto il cuore minimo è l'effetto spiegato dal medicamento, o quasi nullo, come sul cuore agonico.

Nel collasso cardiaco, l'uso della canfora è immediato se ancora lo stato della circolazione ne permette l'assorbimento: la pressione sanguigna si rialza, il polso si sente, talora scompare il coma. Ma se il collasso è grave e s'interviene tardi, la canfora non ha il tempo di riassorbirsi e resta naturalmente senza effetto alcuno. Si è perciò che in molte malattie o in alcuni stati in cui è temibile il collasso, bisogna premunirsi lanciando in circolo la canfora sistematicamente, a scopo profilattico, anche se essa dovesse rimanere senza influenza alcuna.

L'azione della canfora sui vasi è ammessa da alcuni, negata da altri: piccole dosi sull'animale normale non provocano modificazioni sensibili della pressione sanguigna, alte dosi provocano convulsioni ed elevazione della pressione; secondo i più questa deve essere interpretata come conseguenza delle scosse muscolari; altri ha provocato elevazioni della pressione sotto l'azione di alte dosi di canfora, in animali curarizzati, ma non si deve dimenticare che la modificazione può essere data dall'influenza della canfora sul cuore. Nell'uomo malato piccole dosi di canfora spesso modificano e talora ristabiliscono la pressione, ma è dubbio se realmente la canfora abbia una diretta azione sui centri vasomotori indeboliti o malati.

Sulla respirazione agisce la canfora modificando il ritmo respiratorio; diminuisce il numero degli atti respiratori, ma le inspirazioni sono più profonde. La canfora si trasforma nell'organismo in ossicanfora e l'azione è tanto più viva quanto più rapidamente la trasformazione si compie.

Negli animali a sangue caldo sul sistema nervoso la canfora agisce come eccitante. Sull'uomo dosi medie del rimedio accelerano il polso, congestionano il volto, producono un certo grado d'ebbrezza, talora vertigini, cefalee; dosi più ele-

vate aumentano l'esaltazione sopravvengono allucinazioni, crampi, collasso.

L'azione sedativa della canfora sul senso genitale non è da tutti accettata. Considerazioni d'indole teorica potrebbero fare ammettere che una sostanza come la canfora, eccitante a piccole dosi possa divenire sedativa a dosi elevate.

Come sudorifera, per eccitazione dei centri secretori del midollo, è stata da lungo tempo usata la canfora; sotto forma di acido canforico, invece modererebbe la secrezione sudorale.

Ma la dimostrazione non è stata data di questa azione antagonista tra canfora ed un suo derivato.

Per uso esterno l'alcool canforato provoca iperemia cutanea.

Circa la posologia, la canfora si somministra in polvere o meglio in iniezioni sotto forma di olio canforato 10%; accidenti tossici sono stati segnalati quando si giunge alla dose di gr. 2.50 *pro die*. *t. p.*

Intossicazione di bismuto.

Trahein (v. *Journ. des Pratic.*, 1912) studiando 19 casi di intossicazione seguita all'uso della pasta bismutata di Beck, divide i fenomeni tossici in due categorie.

In un primo gruppo gli accidenti sono locali e generali e rassomigliano a quelli provocati dall'intossicazione mercuriale: le lesioni predominano sulla mucosa boccale: le gengive sono congeste e presentano spesso una listarella bruna o bleu-nerastra, la lingua e il palato sono dello stesso colore scuro. In certi casi si possono vedere sulla mucosa boccale essudati difteroidi.

Lo stato generale è compromesso, i malati si lamentano di cefalea con sonnolenza, delirio ed allucinazioni, hanno contratture cloniche o toniche. In tale gruppo si comprendono alcune intossicazioni che finiscono con la morte.

Nel secondo gruppo l'evoluzione è fulminante: accidenti di collasso con cianosi e pallore intenso; il sangue diviene color bruno cioccolatto, sopravviene la morte.

Tale forma è più rara.

Il medico nell'iniziare una cura con la pasta di Beck deve tener presenti tutti questi eventuali accidenti. *t. p.*

Per proteggere i ferri chirurgici dalla ruggine nei paesi caldi, il dott. Garron, *Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg.*, consiglia di immergere gli strumenti lavati e bene asciugati, in una soluzione di vaselina in benzina o di vaselina in gazolina. Ritirati dopo pochi istanti dal bagno e deposti su di un foglio di carta, evaporando la benzina in pochi secondi, gli strumenti restano ricoperti d'uno spesso strato di grasso, cioè di vaselina, che li protegge mirabilmente dalla ruggine.

IGIENE

Le malattie della casa.

(V. fasc. 20).

L'importanza di una abbondante illuminazione sembra dunque nelle case uno dei fattori più necessari della loro salubrità. Questa conclusione, ricavata dallo studio attento dei fatti, non è che la conferma di ciò che si è sempre da tutti creduto come è manifesto dal detto popolare « dove entra il sole non entra il medico ». Del resto esperimenti antecedenti, fatti anche da noi qui in Roma, dimostrano con evidenza massima l'azione energica esercitata dalla luce solare sopra i bacilli della tubercolosi. Questi bacilli, che sono tanto resistenti agli altri fattori esterni di disinfezione come alla putrefazione, all'essiccamento, al calore secco, al freddo muoiono in pochi minuti, o al massimo in poche ore, se esposti all'azione diretta dei raggi solari. Anche l'azione della luce diffusa ha un'influenza non trascurabile e difatti è raro trovare dopo 7-8 giorni i bacilli della tubercolosi viventi sopra un pavimento sul quale abbondantemente e per varie ore al giorno venga riflessa la luce della volta celeste.

È noto invece che gli sputi caduti negli angoli oscuri e mantenutisi umidi od essiccati, possono conservare i bacilli della tubercolosi vivi e virulenti per settimane ed anche per mesi.

La formazione che in questo modo si verifica di veri focolai di tubercolosi permanenti in un'abitazione, è facilmente spiegabile, nei casi suesposti nei quali numerosissimi ambienti abitati si presentavano privi di finestre e privi perciò di aria e di luce.

Nè è difficile trovare il modo col quale questo bacillo è penetrato nelle abitazioni in parola. È forse eccezionale il caso di un grande casamento, specialmente se di poveri e molto affollato, dove qualche individuo non sia affetto da tubercolosi. Date le abitudini delle nostre popolazioni, basta un individuo per infettare in pochi giorni qualche dozzina di appartamenti. E difatti dove è che passano la maggior parte dei bambini abitanti nei moderni casermoni, quasi tutta la giornata? Per le scale, seduti o ruzzolando sui gradini o nell'androne. È qui che giuocano, si rincorrono, questionano, mangiano; ed è qui che spesso depositano anche le loro urine o magari anche le feci. Una semplice passeggiata in un quartiere popolare affacciandosi a guardare negli androni ci convince facilmente di questa verità.

Ora se in uno di questi casamenti penetra un tubercoloso è evidente, purtroppo, che i suoi sputi andranno giornalmente cadendo per tutte le scale, e perciò, coi piedi, colle mani, cogli abiti,

coi giuocattoli dei bambini, saranno rapidamente trasportati nell'interno delle singole abitazioni.

Questa diffusione di bacilli della tubercolosi, non è, naturalmente, per sè sola capace di dare origine a nuovi casi di malattia. È necessario che possa penetrare in organismi predisposti. Un organismo sano resiste all'azione dei bacilli o non permettendo loro di impiantarsi sui suoi tessuti, o opponendosi alla loro moltiplicazione, localizzando i danni, neutralizzando le tossine e distruggendole. Qualunque causa capace di indebolire l'organismo e di diminuirne la vitalità, ogni disturbo nel suo normale funzionamento ne diminuiscono la resistenza e contribuiscono a formare ciò che si chiama lo stato di ricettività.

Sicchè le cause capaci di facilitare il formarsi di un focolaio tubercolare e di produrre la diffusione della malattia sono: *a*) tutte quelle che favoriscono l'accumularsi dei bacilli e che si oppongono all'azione microbicida della luce solare; *b*) tutte quelle che contribuiscono a provocare, a mantenere o ad aggravare le condizioni di deperimento dell'organismo.

Quale è fra queste numerose cause morbigene quella non esistente in moltissime abitazioni specialmente in quelle destinate alla classe più povera? Certamente nessuna; che anzi tali abitazioni spesso possono a buon diritto essere considerate come veri luoghi di elezione per lo sviluppo e la diffusione di questa malattia.

Due sono i mezzi coi quali noi possiamo giungere a porre riparo ad un tale stato di cose, cioè migliorare lo stato delle abitazioni, e migliorare l'educazione e le abitudini degli abitanti.

Quanto al primo di tali mezzi è evidente; ma purtroppo su di esso ben poco il medico può influire. L'unica cosa che al medico è possibile è di prendere nota di tutti i casi che si presentano alla sua osservazione, di studiarne bene le origini e gli effetti e di contribuire a tener desta l'opinione pubblica su tale argomento in modo da spingere i pubblici poteri a fare e, il che spesso sarebbe forse più utile, a disfare.

Ma è sul secondo dei due mezzi suddetti capaci d'influire beneficamente sui focolai domestici della tubercolosi, che il medico può più utilmente agire e cioè sull'educazione e le abitudini degli abitanti delle case più povere e non solo di queste. Il medico non deve stancarsi di parlare al pubblico dell'utilità dell'insolazione prolungata dei locali abitati; utilità che si manifesta nella epurazione del locale e sulla salute degli abitanti. Le camere oscure non devono servire per dormirci; a questo scopo devono essere destinate le camere le più assolate della casa. Quanto spesso è tutto l'opposto che si verifica e le famiglie si restringono nella camere peggiori per destinare le più luminose e le più grandi a servire da salotto che poi rimane sempre ermeticamente chiuso per evitare che la luce alteri la tinta delle stoffe!

L'insolazione, l'aereazione e la pulizia degli ambienti hanno un'importanza capitale sulla nostra salute; ed è questa la migliore e la più utile propaganda alla quale il medico si deve dedicare.

S. SANTORI.

Primi risultati di una inchiesta sul lavaggio delle biancherie e sul lavoro delle lavandaie in Roma.

Il dott. Venceslao Fraschetti, medico condotto del Municipio di Roma, ha pubblicato, or sono pochi giorni, un interessantissimo lavoro (1) d'igiene sociale, destinato certamente a richiamare la più viva attenzione. L'argomento del lavaggio delle biancherie, come si pratica a Roma, meritava da tempo uno studio accurato e coscienzioso, perchè ad esso si riannodano non pochi ed importanti problemi di profilassi cittadina. Tale studio è stato compiuto dal dottor Frschetti in modo veramente magistrale. Da fonti storiche, raccolte con mirabile diligenza, egli ha desunto la grande importanza che si dava, nei secoli scorsi, non solo alla disciplina delle acque cittadine, ma ai lavatoi pubblici e privati, il cui funzionamento era regolato da illuminate e rigorose disposizioni, precorrendo, in questa parte, i dettami dell'igiene moderna.

Fin d'allora infatti era riconosciuto che la lavatura delle biancherie costituiva un altissimo problema di salute pubblica, e perciò le autorità ne curavano il razionale funzionamento, provvedendo la città di numerosi lavatoi, ricchi d'acqua e di spazio, molto meno infelici, dal lato igienico, della maggior parte di quelli esistenti attualmente in Roma. Questa parte storica serve di brillante introduzione al lavoro del dott. Fraschetti e di guida preziosa alle sue indagini e alle sue considerazioni. L'inchiesta che ne risulta, corredata di rilievi fotografici riuscitissimi, di statistiche, di confronti e di osservazioni originali, mette in evidenza non solo le deplorevoli e sconfortanti condizioni igieniche dei nostri lavatoi, i pericolosi inconvenienti derivanti dalle loro deficienze, ma, quel che è più grave, la loro scarsezza in confronto dei bisogni della città. Da ricerche fatte dal dott. Fraschetti su 9392 case in Roma, è risultato infatti che 2318 di esse non hanno vasche da lavare, e perciò centinaia di famiglie, non potendo ricorrere alle lavandaie, sono costrette a lavare i panni *nello stesso sciacqua-*

(1) Pubblicazione di propaganda igienico-sociale dell'Alleanza romana antitubercolare.

toio dove si lavano i piatti, le erbe, o quant'altro può servire al modestissimo pasto. Ciò che per altro rende il lavoro anche più pregevole, nei riguardi specialmente della profilassi, è quella parte di esso che si occupa delle manipolazioni delle biancherie sudicie, le quali costituiscono molto spesso uno dei veicoli più facili per la trasmissione delle malattie contagiose. Nè meno interessanti sono le considerazioni di ordine igienico, che il dott. Fraschetti trae dalla mancanza di adatti *stenditoi* in quasi tutti i lavatoi pubblici e privati, mancanza che, per le sue naturali conseguenze, può definirsi un vero e permanente pericolo per la salute pubblica. Ed infatti le biancherie già lavate, non potendo disporre di adatti locali per la loro ulteriore manipolazione, ritornano in casa dalla lavandaia, dove, anche perchè l'abitazione il più delle volte è costituita da una sola camera, sono esposte non infrequentemente ad inevitabili cause d'inquinamento, sia per il contatto con altre biancherie sporche, sia per la presenza di qualche malato contagioso. E che ciò possa avvenire, risulta chiaramente non solo da osservazioni del dott. Fraschetti, ma da altri medici, che già richiamarono l'attenzione su questo grave inconveniente.

La relazione del nostro collega prende pure in esame il lavoro delle lavandaie, in rapporto alle malattie che ne conseguono, al salario che, in linea generale, percepiscono, e ai locali antigienici dove, nella massima parte, lavorano.

Constatazioni e conclusioni del massimo interesse igienico-sociale emergono anche da questo argomento, sul quale sarebbe tempo che i poteri pubblici e privati fermassero la loro attenzione e provvedessero.

Va dunque lodato il dott. Fraschetti per questa pubblicazione che, mentre dimostra la sua cultura, il suo spirito critico, e il sentimento altissimo che egli ha della sua professione, rappresenta una vera opera buona e una spinta verso la soluzione di un grave interesse cittadino.

MARIOTTI.

VARIA

La longevità in Europa. — Il giornale *La Liberté* ci fa sapere che il 31 dicembre 1911 vivevano in Europa più di settemila persone che avevano superato i cento anni.

Da questo punto di vista i paesi più ricchi non sono i più favoriti, come si può dedurre dai dati statistici seguenti:

La Bulgaria viene prima con 3888 centenari; segue la Rumenia con 1704 e poi la Serbia con 573. La Spagna ne conta 410 e la Francia 213. Vengono in seguito l'Italia con 197, l'Austria-Ungheria con 113, l'Inghilterra con 92, la Russia con 13, la Germania, il Belgio, la Svizzera ed i tre Stati scandinavi, che stanno al grado inferiore della scala; la Danimarca non ha che due centenari.

I Balcani, adunque, questo focolare perpetuo di guerre e di massacri, sono la regione di Europa ove la probabilità per una tarda vecchiezza è più grande.

L'età media in Italia cresce e tende a crescere. Nel 1861 essa era di 27 anni e un mese; nel 1871 di 28 e 7 mesi; nel decennio successivo di 29 anni. Dal 1881 al 1901 l'età media si potè calcolare in 30 anni, ciò che è indizio di progresso; ora è salita a 33 anni. Per le cresciute norme di precauzione igienica, è da ritenere che l'età media aumenterà notevolmente. (*Vita Sanit.*).

La popolazione d'Italia. — La « Gazzetta ufficiale » ha pubblicato un supplemento che contiene la tabella della popolazione presente e di fatto censita nei singoli Comuni del Regno alla mezzanotte dal 10 all'11 giugno 1911.

Il totale è rappresentato da una popolazione residente di 35,845,048, con una di fatto di 34,671,377, suddivisa negli 8323 comuni, che appartengono ai 276 circondari ed alle 69 provincie.

La popolazione di fatto delle principali nostre città è la seguente: Napoli, 678,031; Milano, 599,200; Roma, 542,123; Torino, 427,186; Palermo, 341,088; Genova, 272,221; Firenze, 232,860; Venezia, 160,719.

La popolazione della Germania risultò nel 1910 di 64,929,993 anime, di cui 32,040,166 maschi e 32,885,827 femmine; 22,107,930 (ossia il 34 %) sotto i 15 anni; 18,660,908 uomini e 19,042,951 donne tra 15 e 60 anni (complessivamente il 58 %); 5,114,204 nati prima del 1851.

Gl'infortuni a Londra. — I pericoli della circolazione in Londra si possono rilevare dalla statistica pubblicata dall'*Home Office*, relativa agli incidenti occorsi alle persone nelle vie delle grandi città del Regno Unito durante l'anno scorso.

Da queste cifre risulta che 1764 persone vennero uccise e 36,823 ferite con un aumento del 25 per cento sui casi mortali e del 10 per cento sui ferimenti in confronto dell'anno precedente.

Le automobili private e quelle pubbliche causarono 752 morti e 15,287 ferimenti. Gli *omnibus* automobili causarono 199 morti e 2221 ferimenti. Le tramvie elettriche 135 morti e 5831 ferimenti. Gli *omnibus* a cavalli 7 morti e 145 ferimenti.

Seguono poi cifre minori per tutti gli altri generi di veicoli usati nelle città.

Londra, naturalmente, tiene il primo posto; Liverpool il secondo; Manchester il terzo; Glasgow il quarto.

Uomini celebri figli di pastori protestanti. — Stranamente numerosi sono i figli dei pastori protestanti che si sono illustrati nelle scienze, nelle lettere, nella filosofia.

Citiamo tra i medici: Boerhaeve, Jenner, l'anatomico Camper (angolo facciale) ed il chirurgo Samuele Pozzi; tra i naturalisti Linneo, Agassiz, Roberto Brown (movimento Browniano), Osvaldo Heer, Schimper (paleontologia vegetale); tra i chimici: Curtius, Mitscherlich, Wollaston ed H. Wurtz; tra i fisici: Clausius (termodinamica); tra gli astronomi Encke (cometa), Fabricius (macchie solari), Rodolfo Wolf (motometro), Eleuro; l'agronomo Young, l'architetto C. Wren (S. Paolo di Londra), il geografo Eliseo Reclus ed i suoi fratelli Elia ed Onesimo, i filosofi Th. Hobbes ed Emerson, gli storici Hallam, Ieande, Müller, De-Sismondi, Ancillon, i poeti e letterati Hadams, Wolf, Wieland, Thompon e Young in Inghilterra, Jessner, Lessing e Richter in Germania.

Non si trova un sol generale figlio di pastori: *ecclesia abborret a sanguine*. Veramente nei paesi cattolici la Chiesa per versare il sangue faceva appello alle braccia secolari.

(Dal *Pensiero Medico*).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Manuel pratique de Kinésithérapie. In-8°. Paris, Librairie Félix Alcan.

Di questo trattato hanno visto recentemente la luce i seguenti fascicoli:

IV. R. MESNARD, *Kinésithérapie orthopédique*, con 91 fig. Fr. 3.

L'A. ha seguito una linea direttiva, un ordine ragionato. E poichè le modalità tecniche sono d'importanza essenziale dal punto di vista degli effetti terapeutici, egli ha voluto raffigurare la tecnica corretta accanto a quella incorretta. Studia in modo analitico e metodico la cura delle deviazioni rachidee; si occupa inoltre delle deformazioni da rachitismo, del piede piatto, del torcicollo, ecc.

V. WETTERWALD, *Maladies de la nutrition*; R. LEROY, *Maladies de la peau*; con 47 figure. Fr. 4.

Il Wetterwald tratta prevalentemente delle algie, sulla cui terapia egli ha elaborato una tecnica originale ed efficace.

Sciatica, nevralgia del trigemino, reumatismo cronico, ecc., cedono non di rado al massaggio, quale viene preconizzato e insegnato dal nostro autore.

Nella seconda parte Leroy fa valere l'azione del massaggio sulle dermatosi in genere e su quelle della faccia in ispecie; ne espone la tecnica; ne precisa le indicazioni e le contro-indicazioni.

VI. L. DUREY, *Les traumatismes et leurs suites*; con 32 fig. Fr. 4.

Ispirandosi ai principî di Lucas-Championnière, ma tenendo anche conto dei progressi realizzati nella chirurgia delle fratture, l'A. stabilisce le indicazioni e contro-indicazioni del trattamento kinesiterapico; dal punto di vista tecnico fa sopratutto opera di pratico, poichè descrive molto minutamente le manipolazioni che si richiedono per le fratture e le lussazioni più tipiche.

Il principio generale che sembra dominare tutto il lavoro è la ricerca degli effetti riflessi provocati da manipolazioni leggere ma precise.

VIII. R. HIRSCHBERG, *La rééducation motrice*; con 36 fig. Fr. 3.

Dopo un'esposizione generale dei metodi di rieducazione motrice, l'A. prende in esame le applicazioni ai disturbi motori della tabe dorsale: incoordinazione motrice e ipotonia muscolare; poi s'intrattiene sulle paralisi e paresi cerebrali, spinali e periferiche; poi si occupa dei tics, dimostrando, sulla falsariga di Brissaud, Meige e Feindel, tutto il partito che può trarsi dalla disciplina dei movimenti; infine studia la psicoterapia dei disturbi motori nell'isteria e nella nevrastenia.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici condotti milanesi. — Nel salone della Associazione sanitaria milanese ha avuto luogo un comizio indetto dal Comitato di vigilanza della sezione milanese dei medici condotti.

Aprì il comizio il dott. Filippetti facendo appello alla solidarietà di classe dei medici condotti per la difesa degli interessi comuni.

Il segretario della sezione dott. Socci comunicò le adesioni pervenute ed espose i termini della questione.

L'on. Brunelli parlò diffusamente sostenendo che dal lato giuridico i medici condotti hanno avuto un grave danno colla legge che li riguarda.

Per citare uno dei fatti più gravi ricordò che l'applicazione dell'art. 99 del regolamento comunale e provinciale rende impossibile ad un medico accusato e condannato da una amministrazione comunale, di difendersi. È così sanzionata, per i comuni, la possibilità di usare impunemente prepotenze, stabilire sospensioni di stipendio, ecc.

L'avv. Caldara, segretario dell'Associazione dei comuni, fece sue le proteste dei medici condotti. Parlò ancora il dott. Arsuffi, quindi il dott. Pirri presentò un lungo ordine del giorno.

In esso, affermato che la legge e i regolamenti sanitari hanno inteso implicitamente di sottrarre questa categoria di funzionari all'arbitrio dei comuni; che l'art. 99 del regolamento 1911 della legge comunale e provinciale parla genericamente di impiegati, e non considera specificatamente i medici, i veterinari condotti e dei laboratori, ecc.; che se si dovesse applicare l'art. 99 del regolamento suddetto ai medici, questi sarebbero posti in una condizione insostenibile, perchè a loro verrebbe conteso l'appello nel merito delle questioni che potrebbero essere oggetto di procedimento disciplinare; che i capitolati di condotta sono dei veri e propri contratti bilaterali di locazione di opera che le autorità non possono a loro talento menomare, modificare, manomettere senza il consentimento dell'altra parte contraente; l'assemblea conclude « protestando vivamente contro le amministrazioni che hanno applicato pene disciplinari, o iniziato procedimenti in base all'articolo 99, e contro la nuova giurisprudenza della Giunta provinciale amministrativa e della IV Sezione del Consiglio di Stato che modifica, anzi sopprime, con interpretazione affatto arbitraria lo stato di diritto dei medici condotti; protesta contro il pernicioso e insano tentativo di modificazione del capitolato da parte dei comuni senza l'intervento dei medici, e le ritiene come nulle e non avvenute.

S'invita il ministro dell'interno a richiamare anche in base a sue ufficiali disposizioni anteriormente emanate, le autorità alla serena ed imparziale applicazione della legge; fa presente e denunzia all'opinione pubblica il pericolo che la classe sanitaria è il paese di riverbero potrebbero correre, se un conflitto sotto ogni rapporto deplorevolissimo dovesse insorgere non procedendo e giudicando secondo quanto è stabilito dalle leggi sanitarie; dà mandato alla presidenza Centrale dell'Associazione Nazionale dei Medici condotti perchè metta a disposizione di questa agitazione le forze e i mezzi di cui l'Associazione dispone:

« fa voti che la procedura sancita dalle leggi sanitarie per medici veterinari condotti e medici di laboratori sia estesa a tutti i colleghi degli Uffici d'Igiene ». L'ordine del giorno fu approvato all'unanimità.

Prima di sciogliere il comizio fu deliberato l'invio del seguente telegramma, firmato dai dottori Filippetti e Brunelli all'on. Giolitti:

« Comizio Associazione Nazionale medici condotti aderenti altre Associazioni sanitarie contro imperversante arbitrario duplice potere giurisdizionale sui sanitari comunali invoca V. E. provvedere in base agli ufficiali comunicati interpretativi questione, già emanati Ministero interno, perchè le sanzioni disciplinari siano applicate solo secondo disposizioni leggi e regolamenti sanitari ».

Per l'eleggibilità a consiglieri provinciali dei medici condotti. — La Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici comunica il seguente ordine del giorno da essa votato:

« La Federazione degli Ordini dei Medici presa visione dell'art. 25 del disegno di legge sull'elettorato amministrativo, deplorando che con esso si sacrifica la ineleggibilità dei medici condotti a consigliere provinciale, fa voti vivissimi perchè nella imminente discussione dinanzi alla Camera sia tolta questa ragione di incompatibilità e sia sanzionato davvero il principio della eleggibilità dei medici condotti i quali potranno portare nei concessi amministrativi provinciali la loro esperienza a vantaggio della salute pubblica in tutte le questioni sanitarie ».

Pubblicheremo prossimamente:
Doctor Cajus, La condotta piena.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3848) *Impiegati di aziende private - Stabilità.* — Il Dott. L. B. da C. desidera conoscere se essendo stato con recente regolamento esclusi dalla stabilità i medici fiduciari dei posti di soccorso, egli, che trovasi rivestito di tale carica, abbia diritto ad impugnare il provvedimento.

Il nuovo regolamento coll'escludere dal beneficio della stabilità i medici fiduciari dei posti di soccorso non innova per niente il precedente regolamento sotto l'impero del quale Ella fu nominata e che non ammetteva del pari la stabilità. Nessun diritto è stato, quindi, per Lei violato e non ha perciò ragione di ricorrere.

(3849) *Cure ipodermiche - Pagamento.* — Il Dott. F. B. da T. chiede conoscere se e quando si abbia diritto a pagamento per le iniezioni ipodermiche e se si sia obbligati a praticarle gratuitamente anche quando esse sieno prescritte da altri medici forestieri.

Il medico condotto è obbligato alla cura ed all'assistenza sanitaria. Non può, quindi, pretendere compenso per quelle iniezioni che all'una od all'altra si riferiscono. Può pretendere compenso solo quando le iniezioni sieno richieste per rinvigorire l'organismo in assenza di malattie in atto o di eventualità prossima di averle. Lo stesso criterio si deve seguire quando trattisi di iniezioni prescritte da medici forestieri.

(3850) *Sessenni.* — Il Dott. F. C. da A. desidera conoscere quale stipendio abbia diritto di percepire ora e nel 1914 di fronte alla disposizione del capitolato che nell'aumentargli l'assegno dichiarava che ciò avveniva senza pregiudizio dei sessenni passati e futuri

Ha diritto di percepire in questo anno lo stipendio di lire 3200, come Ella bene ritiene, in base alla disposizione contenuta nella deliberazione consiliare portante l'aumento. Per la medesima ragione nel venturo anno 1914 avrà diritto di percepire l'aumento di lire 286.

(3853) *Congedo medici condotti - Supplenza.* — Il Dott. G. S. da B. riceve 300 lire annue per la supplenza. Essendo stato l'anno scorso infermo e non avendo potuto perciò prestar servizio, il comune lo ha sostituito con altro sanitario, rifiutandosi di corrispondergli le 300 lire pattuite, a causa delle forti spese all'uopo sostenute. Chiede conoscere se ciò sia ben fatto e se il mese ordinario di congedo possa essere cumulato con il periodo di assenza per infermità.

Se l'infermità si è verificata proprio quando Ella avea l'obbligo di prestare servizio di supplenza, il Comune ha ben fatto, perchè le trecento lire erano fissate per un servizio che non poteva rendere, ed al quale è stato giuocoforza provvedere altrimenti. Non è ammissibile la spesa per un supplente del supplente. Il mese ordinario di congedo è assorbito dal periodo di assenza per infermità e ciò deduciamo dal disposto dell'articolo 29 del regolamento in cui è detto che in caso di malattia il congedo potrà estendersi fino a 6 mesi. La parola *estendersi* induce a ritenere che è lo stesso congedo ordinario che, in caso di infermità, si prolunga per altro periodo di tempo.

(3854) *Schiarimenti.* — Al Dott. G. L. da M. che chiede schiarimenti su di una risposta ricevuta precedentemente sotto il n. 3832 rispondiamo che nulla vi ha da modificare o chiarire a detta risposta avendo tanto la famiglia, di cui è parola, quanto il signore reduce dalle Americhe diritto alla cura gratuita. Circa il Capitolato, se esso fu redatto dopo di aver assunto la cura generale, merita del pari piena osservanza salvo impugnarlo qualora sieno stati violati diritti acquisiti. Che se per effetto delle nuove disposizioni sia obbligata a sostenere lavoro gravoso e non compatibile e rispondente allo stipendio che Le fu assegnato, può bene pretendere congruo aumento di stipendio rivolgendosi alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 della legge.

(3859) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. A. R. da C. chiede conoscere se essendo medico condotto ed ufficiale sanitario, debba perdere quest'ultimo incarico, per essersi nel paese stabilita un'altra condotta con nuovo titolare.

Non vi è alcuna ragione, nello attuale stato di cose, di togliere l'incarico di ufficiale sanitario a Lei per darlo al collega, il quale nè come condottato nè come privato professionista pare abbia titoli di speciale preferenza.

(3860) *Rilascio di libretti di lavoro.* — Il Dott. C. A. da V. S. chiede conoscere se abbia diritto a compenso pel rilascio dei certificati medici allegati ai libretti di lavoro per i giovanetti operai emigranti.

Il rilascio del libretto di lavoro pei fanciulli operai si fa senza spesa a carico del privato. Dovrebbero pagarli i municipi, i quali, però, ben di sovente cumulano il compenso dovuto per tale lavoro con l'ordinario assegno che il sanitario riscuote per la carica che riveste. In caso d'insufficienza si può chiedere congruo aumento di stipendio dalla G. P. A. a' sensi dell'articolo 26 della legge.

(3862) *Pensione.* — Al Dott. A. C. da S. S. rispondiamo che al 31 dicembre 1913 non potrà liquidare alcuna pensione perchè in quella epoca non avrà compiti 25 anni di servizio, quanti ne occorrono per ottenere un assegno vitalizio minimo.

(3863) *Trasporto del medico - Visite ad osterie.* — Il Dott. P. O. B. da S. Q. d'O. desidera co-

noscere se possa obbligarsi un vetturino dal sindaco o dai RR. CC. a trasportare un medico urgentemente chiamato da un infermo e se possa essere visitata la bottega di un oste durante le ore in cui essa è chiusa ed alla presenza non del titolare proprietario ma di qualche familiare.

Il vetturino non può essere legalmente obbligato a trasportare il medico presso l'infermo, che lo richiede, salvo eventuali eccezioni che fossero incluse nel regolamento locale pel corso pubblico.

La bottega dell'oste può essere ispezionata solo nelle ore in cui l'esercizio è aperto. Anche un familiare può assistere alla ispezione stessa.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Il nostro capo-redattore per la chirurgia professor Tito Ferretti è stato chiamato a dirigere l'Arcispedale di Santo Spirito e la sezione chirurgica annessa.

In questa nuova carica di alta fiducia l'illustre e valente chirurgo saprà far emergere le rare sue doti d'organizzazione, le quali hanno sempre reso il II padiglione da lui diretto al Policlinico Umberto I un padiglione modello.

I suoi amici formulano un augurio: *ad majora !*.

A. V.

L'imperatore di Germania ha conferito « motu proprio » la grande decorazione dell'Aquila Rossa al nostro generale medico comm. Claudio Sforza per le benemerenze da questi acquistate durante la guerra libica dal novembre 1911 al maggio 1912, quando, come direttore di tutti i servizi sanitari militari e civili, egli seppe tutelare la salute delle truppe e della popolazione indigena contro le minacciantí epidemie.

La stessa motivazione aveva valso all'eminente sanitario la nomina a commendatore dell'Ordine di SS. Maurizio e Lazzaro, conferitagli dal nostro Sovrano.

Il dott. Bobbio cav. Eugenio, colonnello medico, è promosso maggiore generale medico e nominato ispettore di sanità militare.

Il dott. Giovanni Antonelli, aiuto alla R. Clinica medica di Roma, ha conseguito, per titoli e per esame, la libera docenza in patologia speciale medica svolgendo brillantemente la lezione di prova il cui tema sorteggiato trattava delle nefriti croniche. La Commissione esaminatrice composta dei professori Zeri e Rossoni di Roma, Schupfer di Firenze e Matoni di Napoli, fu presieduta dall'on. senatore Todaro e conferì, con plauso, il titolo a pieni voti. Al valoroso giovane neo professore le nostre cordiali congratulazioni.

L. P.

L'Accademia Francese di Parigi ha conferito il premio « Boquette-Gouin » per opere di filosofia, politica e letteratura giudicate suscettibili d'inspirare l'amore del vero, del bello e del bene, al prof. Grasset, direttore della Clinica medica di Montepellier, il quale ha deciso di devolvere questa alta ricompensa per la sua attività letteraria alla Facoltà medica di Montpellier con lo scopo « di aiutare e incoraggiare i giovani ».

Condotte e Concorsi.

ALPIGNANO (*Torino*). — Medico chirurgo; L. 1500, L. 150 quale uff. sanit. e L. 200 dall'Opera Pia Arpino. Scad. 30 giugno.

ASTI (*Alessandria*). — Condotta per Bricco Fassio; L. 1800, L. 200 per supplenza e 4 sessenni. Scad. 30 giugno.

BARISARDO (*Cagliari*). — Condotta piena; 3089 abitanti circa, del consorzio con Loceri; L. 3700. Scad. 30 giugno.

BORGOMASINO (*Torino*). — Condotto e uff. sanitario consorziale con Maglione; L. 2000 compreso l'alloggio (valutato L. 95) e L. 200 per supplenza, cura 60 poveri circa, visita giornaliera a Maglione distante km. 2 circa. Scad. 15 luglio.

CAMPIGLIO CERVA (*Novara*). — Condotta con Guittengo e San Paolo Cervo, sede in Bologna; L. 7200 e L. 150 quale uff. san. Scad. 20 giug.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CASALNOCETO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 5000 lorde e L. 500 quale uff. san. Scad. 25 giugno.

CASTELGRANDE (*Potenza*). — Condotta pei poveri, circa 100 famiglie; L. 1000; ab. 1705. Scadenza 24 giugno.

CASTELLAMMARE DI STABIA (*Napoli*). — Concorso per esame e per titoli al posto di direttore del Dispensario celtico; L. 600. Rivolgersi alla Segreteria del Comune. Scad. 20 giugno.

CAVARZERE (*Venezia*). — Condotta per Rottanova; L. 3000 e 4 sessenni, L. 500 per mezzo di trasporto, alloggio o indennità di L. 500. Soli poveri. Scad. 15 giugno.

CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illuminazione e riscaldamento. Scad. 31 luglio.

CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988; L. 3225 con due sesenni e L. 100 per supplenza al collega; diritto al mezzo di trasporto per distanze superiori ad 1 km. dal paese. Scad. 2 luglio.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Condotta; ab. 690 al centro e 594 nelle frazioni; L. 3400 lorde. Servizio entro 15 giorni dalla partecip. di nom. Scad. 10 luglio.

* COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta; L. 3000 poveri e L. 1500 abbienti, 4 sessenni, L. 100 finchè disimpegnerà carica uff. san., L. 600 per caval. e L. 200 calcolate per fitto di conveniente alloggio, ovvero in numerario, assicurazione L. 40. Scad. 30 giug.

DOMUSDEMARIA (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 2687.50 e se accettato, con sua domanda, dal Ministero della Marina, medico del semaforo Capo Spartivento. Scad. 30 giugno.

FIORENZUOLA D'ARDA (*Piacenza*). — Condotta del riparto ovest; ab. 4500 dei quali 800 circa iscritti nell'elenco dei poveri; L.3800 pei soli po-

veri, lorde, con tre sessenni; pei non poveri L. 1 a visita nell'interno e L. 1.50 nel distretto rurale; L. 50 pel carcere. Scad. 20 giugno.

GENOVA. *Deputazione provinciale.* — Medico alienista assistente nel manicomio di Cogoleto. Presentare entro il 26 giugno, ore 12, la domanda con i documenti di rito. Limite d'età anni 30. Stipendio 3000 lorde (salvi i miglioramenti che potessero venire deliberati per l'avvenire). Vitto e alloggio. La graduatoria rimarrà aperta per un anno dalla chiusura del concorso per tutti i posti che si rendessero vacanti. Per schiarimenti rivolgersi alla segreteria della Deputazione.

LACONI (*Cagliari*). — Condotta interinale per la generalità; L. 300 mensili fino al 31 dic. 1913. Rivolgersi al Sindaco. Scad. 30 giug.

MALEGNO (*Brescia*). — Consorzio; L. 4550, cura piena, senza obbligo cavallo. Scad. 20 giugno.

OVINDOLI (*Aquila*). — Condotta; L. 3000 pei poveri, L. 500 per gli abb., L. 100 quale uff. s., L. 200 per cav., L. 300 rinunziando al mese di congedo, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni dalla partecip. di nomina. Scad. 30 giugno.

OZIERI (*Sassari*). — Condotta pei poveri; L. 1800. Scad. 20 giugno.

PADOVA (*Ospedale Civile*). — Assistente; L. 1400 lorde; stanza; medaglia di presenza di L. 5 per ogni servizio di guardia. Nomina e conferma biennali. Scad. 30 giugno.

PIAN CASTAGNAIO (*Siena*). — Due condotte a cura piena, L. 3400, un sessennio, L. 600 cavallo, ab. 4691. Scad. 20 giugno.

PIANDIMELETO (*Pesaro Urbino*). — Condotta consortile del 1° reparto; L. 3300, cura piena, due sessenni di L. 300, L. 200 se uff. san. e L. 137.50 per supplenza reciproca tra i due medici. Non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 30 giug.

PIMONTE (*Napoli*). *Congregazione di carità.* — Condotta piena; L. 2000 nette di R. M., delle quali L. 300 per gli abbienti, L. 100 per i servizi vaccinici e necroscopici, oltre L. 200 lorde di R. M. quale uff. san. Rivolgersi alla Presidenza. Età massima 55 anni. Scad. 30 giugno.

PONTE SAN PIETRO (*Bergamo*). — Due condotte consorziali a L. 3800 e L. 4200, oltre L. 250 all'uff. san. Scad. 20 giug.

* POPPI (*Arezzo*). — Condotta piena per Badia Prataglia; L. 3000; ab. 980 circa; obbl. tenuta arm. farm., esonero cavalc. Scad. 20 giug.

QUITTENGO (*Novara*). — 2ª condotta consorziale; L. 1200 e L. 150 quale uff. san.; ab. 1700 circa. Scad. 20 giugno.

RANZANICO (*Bergamo*). — Condotta con Bianzano; ab. 1602; L. 3250, oltre L. 200 d'indennità alloggio, con tre sessenni. Scad. 30 giug.

REGGIO NELL'EMILIA. *R. Prefettura.* — Secondo medico assistente presso il Manicomio giudiziario; L. 1200; titoli. Età massima 40 anni. Rivolgersi alla segreteria della Deputazione. Chiedere l'avviso. Scad. 30 giug.

ROCHETTA (*Alessandria*). — A tutto 25 giugno condotta consorziale; L. 1500 lorde pei poveri (100 approssimativamente) e L. 200 per le mansioni di uff. san., senza obb. cav. Servizio entro 15 giorni dalla nomina.

*SCALDASOLE (*Pavia*). — Condotta per 1200 abitanti circa; L. 3250 aument. Scad. 30 giugno.

SCANSANO (*Grosseto*). — Cercasi assistente ospedale; L. 1800 senza obbligo di guardia. Rivolgersi al Direttore.

SIURGUS (*Cagliari*). — Consorzio con Donigala; L. 4200 nette compreso compenso arm. farm., abitanti 1900. Scad. 30 giug.

TEOR (*Udine*). — Condotta libera; L. 3600 e L. 100 quale uff. san. Proroga al 22 giugno.

TOLFA (*Roma*). — Seconda condotta; L. 4300, esonero cavalc.; congedo due mesi. Scad. 30 giug.

URI (*Sassari*). — Condotta piena; L. 3500 nette aument. a L. 4000 con la stabilità. Scad. 30 giug.

VALMONTONE (*Roma*). — L. 1800 pei poveri, L. 1200 per gli abbienti e L. 100 pel carcere. Scadenza 30 giugno.

VENEZIA. *Istituto Provinciale degli Esposti.* — Medico assistente: L. 1500 lorde di R. M. e alloggio personale. Età massima 30 anni. Scad. 30 giugno.

VENEZIA. *Ospedale civile.* Assistente di 1ª classe: L. 1500 e alloggio; esami. Docum. al Consiglio di amministrazione, non oltre le ore 17 del 30 giugno. Chiedere l'annunzio.

PERUGIA. *Università degli studi.* — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PISA. *R. Università.* — Concorso ad otto posti di assistente volontario nella Clinica chirurgica per le ferie estivo-autunnali 1913. I dottori di medicina e chirurgia, che desiderano essere proposti al Rettore per la nomina, debbono mandare la loro domanda in carta semplice, corredata di quei documenti che crederanno unire, al direttore prof. A. Ceci non più tardi del 15 del mese di luglio prossimo.

Il servizio, che è uguale a quello di assistente effettivo, durerà dal 1° agosto al 31 ottobre e sarà senza retribuzione. Uno degli assistenti, ove ne esprima il desiderio, potrà essere destinato esclusivamente ad osservazioni e ricerche scientifiche.

Cercasi interino per un mese. Celleno (Viterbo) 1500 abitanti, lire 15 al giorno dal 15 giugno.
Rivolgersi al sig. Nicola Tolentino, via Principe Eugenio 60.

Cercasi subito per il Consorzio sanitario di Rovetta (Bergamo) un medico chirurgo supplente per la durata di mesi 10-11. Stipendio 450 mensili lorde: qualche incerto. Alloggio vuoto di 5-6 ambienti. Posizione amena, popolazione buona, strade ottime. Il servizio può disimpegnarsi bene con la bicicletta; volendo servirsi della vettura costerebbe lire 3.50 giro completo. Rovetta è a 2 chilometri dalla ferrovia ed è luogo di villeggiatura; dista 2 chilometri da Clusone, capoluogo di circondario. Possibilità di sostituire entro i 10-11 mesi di supplenza per 20 giorni un collega viciniore con la diaria di lire 16.50. Rivolgersi al titolare della condotta di Rovetta dott. Egidio delli Ponti ad Acquate su Lecco (Como).

Medico-chirurgo accetta per vari mesi oltre il 20 giugno, buon interinato ovunque. Scrivere: dott. G. Pazzi, assistente volontario nella Clinica medica. Policlinico. Roma.

Medico chirurgo pratico condotta, alcuni anni aurea, accetterebbe buoni interinati nei mesi di agosto o settembre, preferibilmente in montagna o vicino al mare. Scrivere libretto ferroviario n. 21914, posta Parma.

Medico giovane, scapolo, sette anni di servizio in condotta, ottime referenze, accetterebbe interinato per un mese o poco più in paese di buon'aria. Per informazioni rivolgersi al dottor Ciro Suppa medico condotto di Monte Celio (Roma).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Ci si comunica:

Prego sia diffidato, nel prossimo numero del « Policlinico », la vacante condotta di Corbara, nel comune di Orvieto, e che nessuno accetti interinato se non ad alta tariffa, L. 25 nette e al giorno.

Il Pres. della Sez. Orvietana dell'A. N. M. C.
Dott. A. COLSOLMI.

L'avviso di diffida pubblicato nello scorso numero per il posto di chirurgo primario all'Ospedale e città di Fermo dev'essere così corretto nell'ultimo periodo: Si diffidano quindi i colleghi a non volere assumere per detta condotta servizio interinale se non per i soli poveri e con una diaria non inferiore a lire 20.

CARLSBAD. La *Lega dei medici* apre un concorso a premio sul tema « Il trattamento del diabete mellito con speciale riguardo alla balneoterapia ». Sono stanziate all'uopo 5000 corone, da assegnare in uno, due o tre premi. Il termine per la consegna dei lavori, i quali potranno essere scritti in qualsiasi lingua, scade col 31 dicembre 1913. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla « Vereinigung Karlsbader Aerzte », Karlsbad (Austria).

PARIGI. *Académie des sciences*: Premio La Coze, Fr. 10,000 per il miglior lavoro di fisiologia. Scadenza 31 dicembre 1913. — Premio Dusgate. Fr. 20,000: « Diagnosi di morte ». Scadenza 31 dicembre 1913.

ROMA. *Accademia dei Lincei*: Premio Reale di L. 10,000: « Fisiologia normale e patologia ». Scadenza 31 dicembre 1913.

Due premi di lire 1000 per una memoria sul tema: « Adattamento funzionale degli arti traumatizzati ». Tre esemplari stampati, o scritti a macchina, fine al gennaio 1914 all'Istituto di medicina legale di Roma, Isola Tiberina.

TORINO. *R. Accademia Medica*: Premio Riberi di lire 20,000. Lavoro scientifico da cui sia conseguito un notevole progresso nelle scienze mediche. Scadenza 31 dicembre 1913.

VENEZIA. *Società Italiana di oto-rino-laringoiatria*: Stipendio di lire 1000: « Profilassi della sordità nei bambini ». Manoscritti al dott. Patelli, Venezia. Scadenza 31 ottobre 1913.

MEDICINA SOCIALE

Provvedimenti per combattere l'alcoolismo.

Riportiamo integralmente la prima parte della Relazione che precede la proposta delle modificazioni da introdursi nel progetto di legge contro l'alcoolismo già approvato dal Senato, presentata dall'on. Molina alla Camera.

Onorevoli colleghi! — L'aggravarsi costante, progressivo dei mali prodotti dall'abuso delle bevande alcooliche in molte regioni d'Italia; l'aumento impressionante dei degenerati e dei maniaci per ereditarietà alcoolica; il raddoppiarsi del numero annuale dei morti per alcoolismo dimostrato dalle statistiche nel periodo di un ventennio e cioè dal 1899 al 1908, indussero il Governo del Re a proporre alla vostra approvazione, onorevoli colleghi, dei provvedimenti legislativi che valgano a limitare il velenoso male, a frenare la obbrobriosa tendenza.

Da un ventennio almeno è risuonato il grido d'allarme emesso da uomini eminenti e studiosi che constatarono l'apparire in Italia del pericoloso fenomeno che funesta gravemente altri popoli, e ne misurarono le terribili conseguenze

La nobile campagna fu perseguita con fervore di apostoli anche da nostri illustri colleghi: a titolo di onore, citerò gli ultimi che parlarono della materia con profondo sapere e calda ed efficace eloquenza, cioè gli onorevoli Zerboglio, Ellero e Bianchi Leonardo.

Dell'onorevole Zerboglio dirò più innanzi.

L'onorevole Bianchi Leonardo dimostrò come l'epilessia, la criminalità, la follia traggono bene spesso origine dall'abuso delle bevande alcooliche, specialmente quelle ottenute per distillazione o mercè l'associazione con alcool metilico, con alcools aromatizzati e simili, e ci fece un quadro abbastanza grave della progressiva degenerazione della razza, concludendo che « un gran numero di idioti, imbecilli, nevrastenici, fiacchi, svogliati, vagabondi, inadattabili, impulsivi, sono figli di alcoolizzati ».

L'onorevole Ellero, in un suo magnifico discorso pronunciato in quest'aula nella seduta del 1° giugno 1910 e parlando sul bilancio dell'interno, si occupò dell'argomento in rapporto alla delinquenza dei minorenni. Egli ci disse che la mala influenza dell'alcool nella delinquenza appunto dei minorenni « non è soltanto rappresentata purtroppo dalla precoce intemperanza alcoolica di codesti adolescenti; ma essa si esercita insidiosamente nelle sorgenti prime della loro vita ».

« Non dimentichiamo, aggiunge l'onorevole Ellero, che ben oltre la metà dei giovani rinchiusi nelle carceri ed internati nei riformatorii proviene da genitori beoni. E questo fatto non vi dice

soltanto la mala influenza di un ambiente famigliare inquinato di vizio; ma denuncia un fatto fisiopatologico più gravemente contaminatore ».

Ma nè l'onorevole Bianchi, nè l'onorevole Ellero, mentre denunciano i mali, suggeriscono mezzi diretti e immediati per combatterli, e lo stesso onorevole Ellero riconosce che « il rimedio contro la piaga dell'alcoolismo, seminio di tante altre piaghe individuali e sociali, non può risolversi in quell'eterno semplicismo di tutto accollare, tutto rimettere ai pubblici poteri ».

Non v'ha dubbio che la lotta contro l'alcoolismo debba imperniarsi sopratutto sulla educazione morale, igienica e civile del popolo, più che sopra mezzi coercitivi stabiliti per legge la cui efficacia è assai relativa quando non sia accompagnata dal buon costume.

Tuttavia i provvedimenti legislativi possono efficacemente integrare l opera educatrice, tanto più quando i primi siano intesi a razionalmente disciplinare lo smercio delle bevande alcooliche con possibile vantaggio, od almeno col minor danno, della salute pubblica.

Qui mi cade acconcio ricordare il notevole discorso pronunciato dall'onorevole Zerboglio nella seduta del 16 marzo 1910 svolgendo una sua interpellanza al ministro dell'interno per sapere se non sentisse l'urgente necessità di promuovere un'azione legislativa e di governo per combattere l'alcoolismo.

L'onorevole Zerboglio non si limitò alla parte critica, nè alla semplice enunciazione dolorosa del male e delle sue spaventevoli conseguenze, ma propose mezzi diretti e indiritti per combatterlo.

Diretti, la riduzione ad esempio degli spacci di liquori, il monopolio statale degli spiriti; indiretti, la propaganda anti-alcoolica nelle scuole, nelle caserme, in pubblici comizi.

E mi piace ricordare altresì una nuova e recente manifestazione dell'onorevole Zerboglio nella nobile iniziativa, e cioè una sua interessante relazione al convegno « Per il monte e contro l'alcool » tenutosi in Como nello scorso marzo, relazione che concludeva coll'ordine del giorno che qui trascrivo:

« Il convegno, ritenuto che uno dei modi più efficaci per combattere l'alcoolismo sia quello di sostituire all'apparente vigoria prodotta dall'alcool e dalle insidiose gioie della ebbrezza, il benessere fisico e morale, che deriva dalla coltura e dal sano esercizio del corpo, fa voti perchè nella legge che sta per discutersi alla Camera contro l'alcoolismo, si aggiunga un'esplicita disposizione che faccia obbligo alla Direzione delle ferrovie, di agevolare, con opportuni ribassi — nei viaggi anche pei treni diretti — le gite collettive per istruzione e per *sport* che trovano attualmente uno dei loro maggiori ostacoli nel costo elevato dei mezzi di trasporto ».

La vostra Commissione, onorevoli colleghi, pur non ritenendo essere il disegno di legge ora in esame sede opportuna per modificazioni alla legge sui ribassi ferroviari, si associa tuttavia ai concetti espressi dall'onorevole Zerboglio e li segnala con speciale raccomandazione al Governo, perchè nel complesso di quell'azione educatrice che dovrà integrare la opera legislativa contro l'alcoolismo si favorisca appunto l'esodo festivo delle masse operaie dalle bettole urbane con gite sane ed istruttive alla campagna ed ai monti.

***

L'Italia, iniziando oggi con provvedimenti legislativi la lotta contro l'alcoolismo, segue l'esempio datole da quasi tutti quegli Stati del mondo che sono afflitti dal doloroso flagello.

Un rapidissimo cenno di quanto si è fatto altrove valga ad illuminarci sul non facile problema e dall'esperienza altrui trarre ammaestramento per noi.

I sistemi adottati nei vari Paesi si possono riassumere in:

monopolio di Stato;
limitazioni di orario e di licenze di esercizio;
divieto di traffico delle bevande spiritose;
opzione locale;
sistema di Gotemburg.

Il sistema monopolistico è stato adottato dalla Svizzera e dalla Russia.

Nella Svizzera il monopolio riguarda la rettificazione e la vendita all'ingrosso dell'alcool, liberando così il mercato delle bevande dagli alcools impuri che le trasformano in altrettanti veleni per l'igiene pubblica.

In Russia invece si è monopolizzata la rettificazione dell'alcool e la vendita al minuto, che viene effettuata in spacci governativi da appositi impiegati dello Stato.

Il monopolio di Stato per la vendita al minuto delle bevande alcooliche vige anche nella Carolina del Sud, con limitazioni di quantità per ciascun acquirente.

È dubbia assai però l'efficacia del monopolio di Stato per reprimere l'alcoolismo contrastando troppo un simile fine con l'interesse fiscale del pubblico erario.

Il criterio delle limitazioni è seguito:

Dall'Inghilterra, che con recente legge ha grandemente ridotto il numero dei bars; che impone la loro chiusura nei giorni di lotte elettorali; che ne limita a tre ore l'apertura nelle domeniche; che ne impedisce l'ingresso ai bambini.

Dall'Olanda, che fissa l'orario per la vendita delle bevande alcooliche dalle ore 7 alle 23 nei giorni feriali e dalle 14 alle 23 nei festivi; che limita il quantitativo di acquisto da parte del consumatore; che vieta l'impiego delle donne nei bars e l'ingresso ai fanciulli di età inferiore ai sedici anni se non sono accompagnati.

Dalla Spagna, che vieta la vendita delle bevande alcooliche nelle domeniche.

Dalla Francia, che limita la distanza degli esercizi di vendita al minuto di bevande alcooliche dalle chiese, dai cimiteri, dalle scuole e simili; che punisce la somministrazione di dette bevande ai minori di sedici anni ed agli ubbriachi.

Dal Cile, che a somiglianza della Francia allontana gli spacci di bevande alcooliche di almeno 250 metri dalle chiese, dalle scuole, dagli istituti di beneficenza; che vieta la vendita dei liquori nei teatri e simili, e nelle stazioni ferroviarie.

Il divieto di traffico delle bevande spiritose è assoluto in buona parte degli Stati Uniti, ove è vietato il commercio in genere delle bevande alcooliche, salvo che per uso terapeutico e scientifico.

Il divieto è parziale, con tendenza a rendersi assoluto nel Canadà, nella Nuova Zelanda, in varie parti della Confederazione Australiana.

In Europa vige il divieto assoluto in Islanda e nelle isole Faroe. È parziale in Scandinavia.

L'*opzione locale* è una specie di diritto di divieto o di limitazioni nel commercio delle bevande alcooliche che è riconosciuto da alcuni Stati ai loro Enti locali.

Essi sono parte degli Stati Uniti, del Canadà, della Nuova Zelanda e dell'Australia, nonchè limitatamente allo smercio dell'acquavite la Finlandia e la Scandinavia.

Assai interessante è il sistema così detto di Gotemburg, il quale trae il suo nome dalla città omonima ove fu instaurato per la prima volta nel 1866.

Esso si basa sulla soppressione dell'interesse personale da parte del venditore delle bevande alcooliche e che perciò trascura tutte le allettative che inducano altrui ad entrare nello spaccio e a bere. Un simile sistema è naturalmente possibile soltanto nella coesistenza di istituzioni filantropiche che lo esercitano con legge di monopolio.

Vige in varie città della Svezia, della Norvegia e della Finlandia, dove esistono appunto delle Società che ottengono dal Governo o dall'autorià municipale il diritto di aprire spacci di acquavite e che destinano l'utile ritratto oltre il 5 per cento dovuto per interessi al capitale, a opere di beneficenza o di interesse pubblico.

Non vi sono ancora elementi sufficienti per giudicare dai risultati fin qui ottenuti della efficacia comparativa fra i vari sistemi. È certo che il metodo della proibizione assoluta dell'uso di bevande alcooliche di qualsiasi genere, se di possibile attuazione, sarebbe il tocca-sana della piaga dell'alcoolismo.

Ma se un simile eccesso di prevenzione può essere consigliabile nei paesi dove non si bevono che liquori ad altissima alcoolicità, non è concepibile in plaghe ridenti e ubertose come la nostra ove la vite germoglia dovunque in verdi e rigogliosi pampini e costituisce così gran parte della ricchezza nazionale.

Contemperare adunque l'interesse della pubblica igiene con quello della economia pubblica in modo che ambo i fini possano armonizzare nei risultati è sana opera di governo e legislativa e a questo intento appunto la vostra Commissione, onorevoli colleghi, ha rivolte le sue cure nello studio dei provvedimenti che sono oggetto della vostra discussione.

NOTIZIE DIVERSE

Per il Congresso Internazionale di Medicina (Londra 6-12 agosto).

Il sen. prof. E. Maragliano, nella sua qualità di Delegato per l'Italia della Commissione permanente dei Congressi Internazionali di Medicina, ha convocato per domenica 15 giugno alle ore 10 nell'aula VI della Università di Roma i corpi sanitari dello stato, i presidi delle facoltà mediche delle università italiane, quelli degli istituti clinici e delle scuole di medicina veterinaria, le Accademie e Società mediche e chirurgiche e delle singole specialità, l'Associazione scientifica della Stampa Medica, per addivenire alla nomina del Comitato Italiano. secondo le disposizioni dell'art. 6 del Regolamento Generale dei Congressi Internazionali.

IV Congresso della Associazione Italiana dei direttori sanitari degli ospedali.

Il 16 corrente si riunisce in Bergamo questo Congresso, nella sala del Consiglio provinciale, gentilmente concessa.

Il programma reca le seguenti relazioni:

La donna nell'assistenza immediata ospedaliera. - Dott. G. Guicciardi.

Capitolato e posizione del direttore nei grandi ospedali. - Prof. De Hieronymis.

Capitolato modello per gli ospedali minori. - Prof. E. Pelicelli, dott. Secchieri e dott. Fabbri.

Sulla tabella dietetica negli ospedali. - Professor E. Ronzani.

Scuole per la immediata assistenza. - Professor M. Varanini.

Urgenza di una legislazione per gli esposti e l'infanzia abbandonata e funzione dei medici direttori dei brefotrofi. - Dott. Giorgi, prof. Grassi e prof. G. Finizio.

La trasformazione e il concentramento delle Opere pie e degli Istituti ad esse equiparati, in rapporto ai cresciuti bisogni dell'assistenza ospedaliera e ai mezzi per provvedervi. - Dott. T. Betti.

Sono preannunziate le seguenti comunicazioni:

Della funzione dell'economo negli Istituti ospedalieri. - Dott. E. Pugliesi.

Della necessità di accordare prestiti di favore per la costruzione e l'ampliamento degli ospedali. - Prof. L. Baldassari.

Dei rapporti fra cliniche ed ospedali. - Professor A. Riva.

Sulla opportunità di assicurare il personale ospedaliero. - Prof. F. Zambianchi.

Sulla organizzazione di un ospedale per i bambini. - Prof. C. Cattaneo.

Dell'ammissione dei malati in ospedale in seguito ad ordinanza dei Sindaci in rapporto alla rifusione della spedalità. - Prof. L. Baldassari.

Sulla opportunità che negli esami di concorso ai posti di assistente ed aiuto d'ospedale sia inclusa una prova d'igiene e tecnica ospedaliera. - Prof. Ronzani.

La posizione dei sanitari degli ospedali di fronte agli ammalati abbienti accolti nelle sale comuni e nelle stanze separate degli ospedali. - Dott. G. Oriani.

Sulla opportunità di unificare e coordinare l'assistenza ospitaliera a quella domiciliare. - Prof. A. Campani.

Presidente del Comitato ordinatore è il dottor prof. M. Varanini; segretario-economo il dottor G. Salvetti, Ospedale Maggiore, Bergamo.

Il IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali)

si è svolto in questi giorni a Roma, assumendo importanza notevolissima.

Ne daremo una relazione sufficientemente ampia espressamente redatta dal prof. Vasco Forlì.

Congresso di Igienisti.

L'associazione degli Igienisti Italiani si adunerà nell'ottobre a Milano e tratterà i seguenti temi:

1° « I trattamenti per rendere potabili le acque allo stato attuale delle nostre cognizioni ». — Prof. Bertarelli, Ing. Vanni, Prof. Ottolenghi, relatori.

2° « Analisi chimica e batteriologica delle acque e giudizi di salubrità di queste ». — Prof. Bordoni-Uffreduzzi e Prof. Maggiora, relatori.

3° « Tubazioni in ghisa e altri materiali contenenti ferro in rapporto alla formazione di tubercoli ferruginosi e al rammollimento del materiale delle condutture ». — Prof. Casagrandi, Dott. Binaghi, relatori.

4° « Insegnamento dell'igiene ai maestri elementari ». — Prof. Di Vestea, relatore.

5° « Lacune legislative nella lotta contro la malaria e proposte relative » — Prof. Gualdi, relatore.

Convegno nazionale dei medici scolastici italiani.

In occasione del Congresso su menzionato saranno convocati a Milano tutti i medici ispettori delle scuole per un primo convegno nazionale allo scopo di intendersi sul modo di promuovere lo sviluppo della ispezione medico-scolastica in Italia.

XII Congresso internazionale di oftalmologia.

Come abbiamo già annunziato, si terrà nell'agosto 1914, sotto l'alta protezione dello Czar, a Pietroburgo. La presidenza onoraria del Congresso è stata affidata al prof. Angelucci di Napoli. Un ufficio centrale per l'organizzazione è costituito sotto la presidenza del prof. Bellarminoff.

Lingue ufficiali saranno il francese, il tedesco, l'inglese, l'italiano, lo spagnuolo e il russo.

L'Italia ha come membri corrispondenti il prof. Angelucci di Napoli, il prof. Neuschüler di Roma, il prof. Lodato di Palermo.

Temi ufficiali del Congresso sono: 1° l'etiologia del tracoma; 2° la nutrizione dell'occhio.

Tasse d'iscrizione: 25 franchi per i membri e 10 per le persone di famiglia.

Le adesioni e le comunicazioni dovranno essere inviate all'Ufficio centrale: St.-Pétersbourg, Hôpital ophtalmologique, Mochowaja 38, dott. Th. German.

La legge contro l'alcoolismo.

Mentre il giornale va in macchina è in discussione alla Camera dei Deputati il disegno di legge sui provvedimenti per combattere l'alcoolismo.

È stata esaurita la discussione generale. Ad alcune osservazioni degli on. Bianchi V., Ellero, Pieraccini e Cavagnari, seguì la replica del presidente del Consiglio on. Giolitti, sostenuto efficacemente dall'on. L. Luzzatti.

Daremo un breve resoconto della discussione nel prossimo numero. Intanto riportiamo in altra rubrica del giornale la prima parte della relazione che precede il disegno di legge.

I poveri ai fanghi di Acqui.

Il 2 giugno alla Camera dei deputati l'onorevole Falcioni, sotto-segretario di Stato per l'interno, rispondendo ad una interrogazione dell'on. Bignami, ha dichiarato che il Governo ha predisposto per l'ampliamento dei locali destinati alla cura dei poveri nello stabilimento dei fanghi di Acqui. Ha assicurato essere intendimento del Governo di estendere al maggior numero possibile di poveri questo beneficio.

L'on. Bignami ha preso atto con soddisfazione, osservando che si potrebbero istituire anche dei posti semi gratuiti, al cui mantenimento contribuirebbero i Comitati locali e le Istituzioni di beneficenza.

Una nave-scuola-sanatorio per fanciulli predisposti.

Il Comitato romano delle Colonie estive marine e montane per gli alunni poveri bisognosi di cure delle scuole comunali di Roma — il quale, nel breve giro di sei anni, ha potuto svolgere una meravigliosa opera di rigenerazione fisica e morale a beneficio di circa duemila piccoli esseri deboli e predisposti — mira adesso a far sorgere Colonie permanenti sul mare per rendere più intensa e più sicuramente efficace la cura. Ha promosso una inchiesta fra alcuni illustri clinici e igienisti d'Italia, onde conoscerne il pensiero sull'istituzione di una Colonia estiva per fanciulli scrofolosi e predisposti in una nave opportunamente adattata, collocando questa in un porto sicuro o in una baia delle prossime spiagge marine, e accer-

tare se la stessa nave possa col tempo essere utilmente trasformata in Colonia permanente o Sanatorio galleggiante, per la prevenzione e la cura della tubercolosi nei piccoli.

In massima, e fatte poche riserve, le risposte ottenute sono state favorevoli, da quella del professor Murri a quella del prof. Badaloni.

Sulla base di pareri così autorevoli, il Comitato romano pro Colonie si accinge a tentare la nobile impresa col proposito di tradurla in atto nel più breve termine possibile, chiedendo, da una parte, la concessione di una nave radiata al Ministero della marina, dall'altra, spingendo innanzi con fede animatrice la già iniziata raccolta del fondo che occorre per dar corpo all'idea.

Si raccolse già a questo fine, in una cassetta di propaganda pro Colonie collocata nei locali della recente Esposizione internazionale d'igiene sociale, la somma di lire 1370,30 accantonata in un libretto di risparmio postale. In questa somma è compresa un'offerta di lire 1000 inviata dalla Regina Madre. Le offerte si ricevono presso la sede delle Colonie estive nei locali della Scuola comunale « Luigi Settembrini », via del Lavatore, 38.

Il prof. Alfonso Neuschüler.

Apprendiamo che, trovandosi di passaggio a Vienna, il nostro valente oculista ebbe recentemente l'onore di essere consultato per alcuni complicati vizi di refrazione oculare dalle LL. A. I. e R. le arciduchesse Maria Theresa e Maria Annunziata.

Ci compiacciamo con l'egregio amico per la fama saputa conquistarsi anche fuori dei confini della patria. M.

Un'Associazione belga di medicina sociale

è stata fondata a Brusselle per iniziativa del dott. Stassen; volgerà la sua azione allo studio delle questioni d'igiene, lavoro, assicurazione, ecc. Il Comitato provvisorio consiste dei dottori Gilbert, ispettore al Ministero del lavoro, Réné Sand, aggregato all'Università di Brusselle, e Stassen, medico al dispensario de l'Espérance a Montegnée (Liegi).

Una Lega dei medici delle assicurazioni di Berlino

è stata costituita malgrado le previsioni contrarie e le difficoltà incontrate; essa raccoglie tremila medici. Il principale tema che formerà oggetto delle discussioni e deliberazioni di questa Lega è la libera scelta del medico da parte degli assicurati; una speciale Commissione è stata costituita all'uopo. Il presidente della Lega, dottor Mall, in un'allocuzione ha rilevato i vantaggi della solidarietà e la posizione privilegiata in cui vengono così a trovarsi i medici, i quali possono imporre delle riforme; ma ha ritenuto che convenga non abusare di questi vantaggi e attenersi unicamente ad un programma minimo.

Costo del diploma medico in Francia.

Il Consiglio Superiore dell'Istruzione pubblica in Francia ha approvato un aumento delle tasse per il conseguimento del diploma di medico.

Dal 1893 in poi il costo complessivo era stato di 1395 franchi; sarà ora di 1640 franchi. Questo aumento antidemocratico sarebbe reso necessario dall'aggiunta di corsi complementari e dal maggior numero di esami richiesti.

La guarigione del cancro.

Al Congresso di ginecologia tenutosi recentemente ad Halle furono fatte conoscere alcune guarigioni di cancri interni ottenute per mezzo del mesothorium.

Esse parvero rigorosamente accertate.

Traendo occasione da questi risultati i professori Riehl e Wertheim di Vienna hanno compilato un *memorandum* e insieme ai professori Gross, Friedmann e Stölzel si sono recati a consegnarlo al presidente dei ministri conte Stürgkh e al ministro della pubblica istruzione von Hussarek.

In questo memoriale Riehl e Wertheim sostengono che la cura della terribile malattia per mezzo delle sostanze radioattive può oramai presumersi dimostrata.

Essa costituirebbe la più grande scoperta compiuta in medicina dopo l'avvento dell'antisepsi.

A loro modo di vedere la questione non ha solo interesse medico, ma eminentemente sociale. Perciò invocano il concorso del Governo.

Rilevano che il mesothorium contiene il 25 % incirca di radium, al quale probabilmente deve ascriversi tutta l'azione terapeutica.

Perchè questa si manifesti nella sua pienezza, è necessario poter disporre di forti quantità di sostanze radioattive. Invece fin ora in Austria è stato necessario di attenersi ad un uso molto ristretto di tali sostanze. Eppure l'Austria possiede le più ricche miniere radifere, le quali sono proprietà dello Stato.

Gli autori hanno richiamato l'attenzione del Governo sulla necessità di interessarsene. Hanno chiesto che al corpo medico viennese venga fornito almeno un grammo di radium puro. Ed hanno ottenuto la promessa che la questione verrà portata innanzi al Consiglio dei ministri.

In Italia l'importanza di queste nuove risorse terapeutiche non è stata ancora pienamente riconosciuta. Solo a Milano si è avuta l'iniziativa di fornire agli ospedali una discreta quantità di radium (un ventesimo di grammo all'incirca); i fondi all'uopo necessari verranno presto raccolti. Nelle altre città italiane le dotazioni di corpi radioattivi sono esigue.

Auguriamoci che anche da noi si comprenda la necessità e l'urgenza di provvedere.

Corso di ortopedia.

Nell'Istituto ortopedico di Berck-Plage (Passo di Calais) avrà luogo dall'11 al 17 agosto 1913 il corso pratico annuale di ortopedia tenuto dal dott. F. Calot, chirurgo capo dell'Ospedale Cazin e dell'Istituto ortopedico di Berk. Vi sono ammessi i medici e gli studenti stranieri. Per l'iscrizione, il programma dettagliato e per l'alloggio a Berck, indirizzarsi al dott. Fouchet, chirurgo assistente dsll'Istituto ortopedico a Berk-Plage (Passo di Calais).

Il 5 corrente si è spento a Torino il professore comm. **Antonio Marro**, direttore di quel Manicomio.

Di forte coltura, lascia molti studi pregevoli tra cui notissimi sono quelli intorno alla pubertà.

Godeva di molta stima come scienziato e come professionista.

Rassegna della stampa medica.

The Journal A. M. A., 29 mar. KAHN. « Le ferite da fucile ». — HANZLIK. « La tossicità dei salicilati ». — BOLDT. « La lotta contro il cancro dell'utero ». — DIXON. « Le forme ramificate del bacillo tubercolare ».

The Amer. Journ. of the Medic. Sc., apr. HILLMAN. « Reperti ematologici nella pellagra ». — ERDMAN. « Aeropatia: malattia dei cassoni ». — THOMAS. « Sull'empiema ».

Med. Record, 29 mar. BOEHME. « La diagnosi differenziale tra polmonite e appendicite ».

La Trib. Méd., mar. MERCKLEN. « La tabe ». — MEILLÈRE. « L'affumicatura iodica ».

Arch. Brasileiros de Med., feb. Numero consacrato alla tubercolosi.

La Presse Méd., 29 mar. TROISFONTAINES. « La stricnina ». — BALARD. « L'oscillometro di Pachon ».

La Belg. Méd, 30 mar. VAN DUYSE. « Sulla cura operativa del glaucoma cronico ».

Mediz. Klinik, 30 mar. HAMBURGER. « Sulla tubercolosi dell'infanzia ». — MACHE e SUESS. « Sulla emanoterapia ». — DORNER. « Sulla cura del reumatismo articolare acuto ».

Guglielmo da Saliceto, mar. VITALI. L'alcoolismo nell'infanzia ».

Arch. d. Mal. de l'App. Dig. ecc., mar. ROGER. « Influenza della bile sulle putrefazioni intestinali ». — MILLON, MATHIEU. « Le coliti acute nel fanciullo e nell'adulto ».

Giorn. intern. d. Sc. Med., 31 mar. AIEVOLI. « La dolorabilità, la tumefazione e la limitazione funzionale negli infortuni sul lavoro ».

Giorn. It. delle Mal. ven. e della Pelle, 1. « Resoconto della XIV riunione della Società Italiana di dermatologia e sifilografia ».

La Nuova Riv. Clin. Ter., mar. CAFORIO. « Sulla patogenesi della morte tardiva in seguito ad ustioni ».

The Journal of Med. Res., mar. MALLORY, HORNOR e HENDERSON. « Il bacillo di Bordet-Gengou nella pertosse ». — WEIL. « La natura dell'anafilassi ». — COMMINS. « Le inclusioni leucocitarie di Döhlé ». — LYALL. « Meningite tifoidea ».

Riv. crit. di Clin. Med., 29 mar. GRAZIADEI. « La febbre nel morbo di Basedow e nelle aortiti ».

Riv. Ospedaliera, 31 mar. SAVIOZZI. « Lipomi del perineo ». — LUZZATTI. « Il morbo di Banti ».

Proc. of the R. Soc. of. Med., mar. PAGE. « Ossido nitroso e ossigeno nell'alta chirurgia ». — POWELL. « I raggi X nella diagnosi della tubercolosi polmonare. (discuss.) ». — WARD. « Casi di policitemia ». — HERTZ. « Cause ed effetti degli esiti remoti sfavorevoli della gastro-enterostomia ». — WHITE e a. « La tossiemia alimentare (discuss.) ».

Arch. di Ortop., mar. COMISSO, DELITALA. « Tubercolosi ossea e articolare ». — ANZOLETTI. « Trazione di Codivilla ». — VACHELLI. « Eziologia e terapia del dorso curvo ».

Ann. d'Ig. sperim., I. CELLI. « La malaria in Italia durante il 1911 ».

La Clin. Med. It., mar. SILVAN. « Linfo-angioendotelioma del peritoneo e linite gastro-intestinale ». — MELI-SCHIRRU. « Arteriosclerosi da strapazzo fisico ».

Annals of Trop. Med. a. Paras, 31 mar. THOMSON J. G. e D., FAUTHAM. « Coltivazione del *Plasmodium vivax* ».

Arch. intern. de Pharmac. et de Thér., V-VI. CHISTONI. « Influenza del boldo sulla secrezione della bile ». — KOCHMANN. « Sulla narcosi combinata ».

Il Lavoro, 30 mar. PIERACCINI. « Azienda di Stato per la fabbricazione e vendita del timolo ».

Giornale d. R. Soc. It. d'Ig., 30 mar. BORMANS. « Sul controllo del vaccino Jenneriano ».

Arch. It. di Ginec., 31 mar. PISTOLESE. « Il prolasso genitale ». — DELLE CHIAJE. « Torsione funicolare e morte del feto ». — LASTARIA. « Per la lotta contro il cancro ».

La Pratica oto-rino-laring., 31 mar. ZANCLA. « Sulle lesioni traumatiche dell'orecchio interno (perizia) ».

Ann. di Med. Nav. e Col., mar. MONACO e RHO. « Una piccola epidemia di febbri tifoidee, ecc. ». — RHO, LUZZATTI, BUONANNI. « Sulle vaccinazioni antitifiche ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 22 giugno 1913* Fasc. 25

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale al Policlinico « Umberto I » (reparto isolamento).

Sulla terapia della difterite

(Anafilassi serica grave da reiniezione a distanza di un anno)

per il dott. TOMMASO PONTANO
medico-aiuto degli Ospedali di Roma.

La *siero-terapia* antidifterica, smussate le diffidenze ingiustificate e sfrondati gli entusiasmi eccessivi, col controllo dell'esperienza clinica non più sommaria e statistica, ma accurata ed analitica, ha subìto notevoli trasformazioni: riconosciuta l'insufficienza delle piccole quantità di siero, la scarsa utilità delle vie sottocutanea ed intramuscolare, la necessità di intervenire ripetutamente con dosi massive e per vie più rapide (endovenosa) nelle forme già diagnosticabili clinicamente, adottato l'esame bacteriologico come sistema di controllo necessario dei casi singoli e delle statistiche, i metodi di somministrazione del siero sono, per necessità nuova, stati subordinati alle conoscenze sugli accidenti serici che le ultime ricerche hanno analizzato minutamente ed illuminato nella loro patogenesi e profilassi: accanto alla siero-terapia, come mezzo d'eccezione l'*intervento tracheotomico*, come ausilio prezioso l'*intubazione*, hanno trovato le indicazioni precise, tra confini ben determinati.

Nel *Reparto isolamento del Policlinico* in cui sono ricoverati in massima parte i difterici di Roma, sull'accurata indagine clinica, fatta da un personale competente, che acquista e lascia in eredità tutte le note che rivelano difetti e pregi dell'assistenza sanitaria, salvo lievi modificazioni, così è organizzata la cura dei difterici: il malato, che entra per sospetto di difterite, a meno che non presenti le note conclamate della malattia (pseudomembrane, stenosi, grave tiraggio), riceve subito 1000 U. I. di siero antidifterico per via

intramuscolare, ed è tenuto in osservazione, dopo aver prelevato un tampone dal faringe per lo esame culturale.

L'iniezione intramuscolare si pratica per un duplice scopo, come *preventiva*, poichè il malato entra in un reparto in cui nessun mezzo di profilassi può assolutamente garantire la difesa dal contagio, e a *scopo antianafilattico*, come prima dose vaccinante, seguendo la pratica del Besredka, di Otto e del Richet, secondo i quali, piccole dosi di siero antigene, presenti nel circolo, hanno funzione vaccinante ed impediscono d'ordinario l'insorgenza di fenomeni anafilattici gravi, quando si pratichi una iniezione seconda massiva di siero, anche per via endovenosa.

Dopo 8-10 ore si esaminano le culture su siero di Löffler (colorazione col bleu di Löffler o col Neisser).

Il *controllo bacteriologico preventivo*, salvo nei casi che non ammettono indugi per la chiarezza clinica e per la gravità dei sintomi, s'è creduto necessario in considerazione della forte percentuale di non difterici, che vengono inviati come sospetti. Dall'ottobre 1912 al febbraio 1913, su 178 casi, tutti inviati dai medici della città come sospetti clinicamente di difterite, ben 93 (52.87 %) non erano difterici, e solo 85 (47.13 %) risultarono difterici al controllo bacteriologico; aggiungerò che anche tra le forme, le quali clinicamente non ammettono dubbio nè indugio, qualcuna è risultata non difterica per esami culturali accuratissimi, ripetuti fin sette o otto volte.

Al metodo di cultura su siero di Löffler e alla colorazione col bleu di Löffler o col Neisser, è data la preferenza, come ai mezzi più sicuri, più rapidi, più pratici. Se l'esame bacteriologico dà risultato positivo si procede all'inoculazione del siero curativo *per via endovenosa*; la quantità è variabile da 7, a 15, a 20 mila U. I., tenendo conto specialmente delle manifestazioni cliniche della malattia.

L'iniezione endovenosa è stata preferita alle altre vie, sia perchè usando dosi elevate e ripetute, per iniezione intramuscolare, si erano avuti insuccessi dolorosi, sia perchè esperienze accurate hanno dimostrato che, servendosi della via sottocutanea, solo dopo 24 ore si può raggiungere una carica antitossica sufficiente, mentre la via endovenosa si dimostra 500 volte più attiva della sottocutanea, 100 volte più dell'intramuscolare, 80-90 volte più attiva dell'intraperitoneale (Krumbein e Tomarkin).

Per l'iniezione endovenosa nei bambini in genere, viene isolata la vena, e, quando tutto sia ben disposto ed organizzato, la pratica non richiede più di 2-4 minuti.

Accennerò appena, che anche l'iniezione endovenosa non ha a noi dato i risultati sperati nei casi di sicura difterite faringo-laringea, anche precocemente curati, e che la mortalità percentuale già alta (15.29 %) sarebbe stata anche più elevata se a nostra disposizione non avessimo avuto l'ausilio del *vapore caldo*, e specialmente l'ausilio prezioso dell'intubazione, adoperati dal medico di guardia che, ininterrottamente, per saggia disposizione e per lodevole iniziativa dei medici ospedalieri, si trova accanto al piccolo infermo.

L'intubazione si pratica in genere con i tubi di O' Dwyer, riconosciuti come i più razionali e meno atti a dare le dolorose complicanze, dovute alle altre forme e qualità di tubi; l'intervento è determinato dallo stato gravemente asfittico del malato; ogni intubazione per noi costituisce solo il *rimedio d'urgenza ad una sicura morte per asfissia*.

In vero con l'intubazione si pone in un momento riparo alla stenosi laringea, ma purtroppo fra gli intubati la mortalità è molto alta sia per le gravi condizioni dei malati che già presentano complicazioni renali o polmonari, sia per le complicanze che seguono e che in parte sono dovute all'abolizione della difesa laringea; su 24 intubati, durante 5 mesi, 13 guarirono, 11 perirono per complicanze bronco-polmonari. Ad ogni modo però i 24 intubati, sebbene una buona parte di essi precocemente fosse stata curata con dosi generose di siero, avrebbero rappresentato, senza questo prezioso ausilio, altrettanti casi seguiti da morte.

La nostra statistica di 13 morti su 85 malati sarebbe salita sicuramente a 26 morti su 85 malati (30.58 %) senza il soccorso dell'intubazione. Il tubo è lasciato in posto il minor tempo possibile, e se anche le condizioni del malato sono gravi, dopo 12-14 ore si procede all'estubazione, per lasciare, sia pure per poche ore, in riposo il laringe, per evitare decubiti, paralisi traumatiche; tanto la pratica dell'intubazione è manovra assai facile e, in mani abili, incapace di danneggiare l'organo del laringe. Aggiungerò anzi che spesso noi del tubo (estubazione immediata e rapida col filo) ci siamo serviti e con successo, per l'eliminazione di grosse membrane tubulari; la manovra ci è stata consigliata dal fatto che, introdotto il tubo, si sentiva l'intermittente chiusura valvo-

lante dell'estremità inferiore, come segno sicuro della presenza di vaste membrane. Ma espulsa una membrana, a malgrado dell'iniezione di siero generosa, la seconda membrana anch'essa grossa e tubulare si riproduceva, e a noi è capitato di potere estrarre a distanza di 12 ore soltanto, l'una dall'altra, due grosse membrane tubulari; il fatto non può non generare un certo senso di scetticismo davanti alle affermazioni di coloro, che citano la facile caduta delle membrane, dopo poche ore dall'iniezione, a riprova della azione benefica del siero specifico.

Seguendo tale sistema l'*intervento tracheotomico* è stato riservato ai casi d'eccezione (estubazioni spontanee ripetute, seguite da immediati segni di asfissia, membrane tracheali occludenti il tubo, ecc.), ma di esso io non ho da lodarmi: pochi malati, quando la tracheotomia si riservi per i casi veramente urgenti e gravi, sopravvivono a lungo.

D'altra parte la nostra statistica di guarigioni (84.71 %) sarebbe stata assai più incoraggiante (92.70 %), la mortalità sarebbe discesa dal 16.29 al 7.30 % se per poco l'esame batteriologico non fosse intervenuto a dirimere il dubbio clinico e non avesse fatto riconoscere e considerare nella loro vera natura angine, tonsilliti catarrali, lacunari, laringiti stridule, ipertrofia del timo, che davano il quadro della difterite o della stenosi laringea.

***

L'iniezione intramuscolare di siero, all'arrivo del sospetto di difterite, è fatta oltre che a scopo profilattico *a scopo antianafilattico*. Prima infatti che la nostra esperienza e le ragioni brevemente esposte ci avessero portato a preferire sistematicamente la iniezione endovenosa, nella nostra mente erano chiari tutti i pericoli che essa poteva presentare: nessun timore per l'iniezione endovenosa in sè, non temevamo fenomeni tossici per le quantità forti di siero e per l'esperimento rassicurante in animale, che dimostra il siero eterogeneo quasi innocuo e per la prudente prima, poi larga esperienza personale che ci aveva rivelato sicuramente inoffensive forti quantità di siero (20-30 cmc.) anche in bambini di 8-10 mesi, per via endovenosa; perfino l'albuminuria, eventualmente preesistente, dopo l'iniezione non si modifica, talora regredisce; gli accidenti anafilattici da siero tenevano sospeso però l'animo nostro, e nei soggetti che subivano una iniezione seconda, e in individui che, sebbene ricevevano una prima iniezione, potevano per cause imprevedibili contingenti trovarsi in stato di anafilassi latente.

L'argomento da qualche anno è stato oggetto di studio fecondo e vari metodi profilattici, con varia fortuna, sono stati consigliati.

Sul principio si è cercato *di rendere innocuo il siero* col riscaldamento e con le diluizioni; ma lasciando da parte il riscaldamento a gradi elevati e prolungato, che altera le proprietà antitossiche del siero; neanche il riscaldamento frazionato a 56° per 4 giorni, quale viene praticato nell'Istituto Pasteur, si è dimostrato atto ad evitare in maniera assoluta la proprietà anafilattogena del siero e gli accidenti (che i francesi dicono concordemente più rari), sia dopo una prima, che dopo una seconda iniezione, permangono come un pericolo temibile: nè migliore direttiva portavano gli studi del Besredka, che dimostravano la diversità dell'elemento sensibilizzante (termostabile) dallo scatenante (termolabile); la diluizione del siero poteva attenuare, ma non sempre evitare i fenomeni anafilattici.

Non potendo ottenere una modificazione del siero, l'attenzione si volse alla ricerca delle condizioni capaci *di modificare le qualità organiche del soggetto*, di rendere cioè l'individuo *refrattario all'anafilassi*.

Non è applicabile in clinica il metodo di Roux e Besredka della soppressione del sistema nervoso con l'etere o col cloroformio; discordi i pareri sull'effetto utile del cloruro di calcio (Netter), di bario (Biedl u. Kraus), dell'atropina (Auer e Lewis) già infedeli sugli animali; tutti medicamenti poi che potevano per di più essere dannosi all'organismo fragile di bambini malati; l'unico metodo che a noi sembrava possedesse garanzie sperimentali e facilità d'applicazione era il metodo delle *iniezioni vaccinanti* di Besredka.

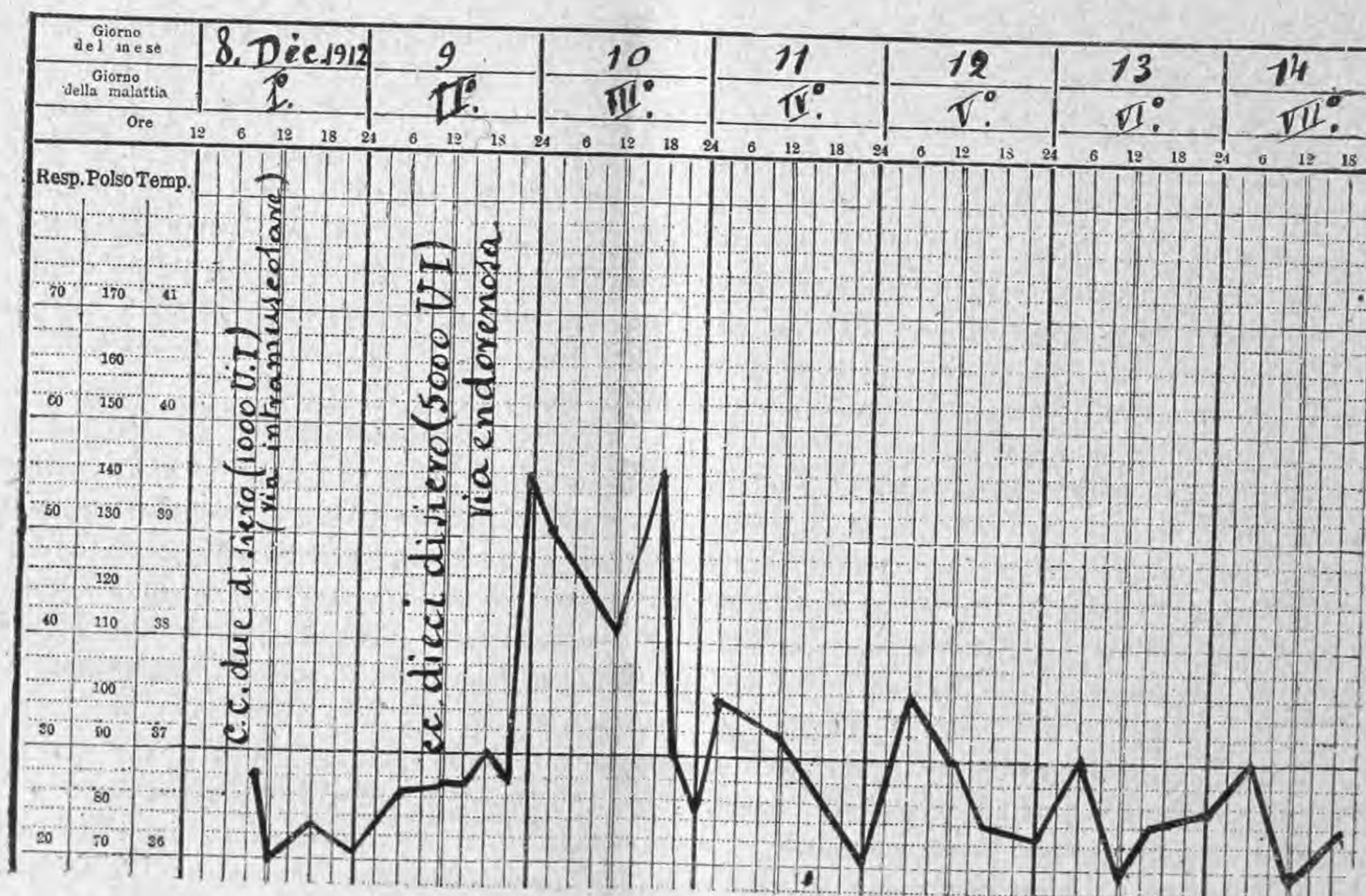
Le esperienze di Rosenau ed Anderson di Otto avevano già provato che iniezioni massive intraperitoneali ripetute possono proteggere la cavia contro gli accidenti anafilattici. Besredka trovò il metodo infido; vide invece che una cavia, anafilassata col siero di cavallo, dopo aver ricevuto una certa dose non mortale di questo siero sottocute, si trova, per questo fatto solo, in istato di sopportare dopo qualche ora una o anche due dosi mortali di siero: una dose di siero 200 a 500 volte inferiore alla mortale, iniettata ad un animale anafilassato, permette dopo quattro ore l'iniezione di dosi mortali dello stesso siero: la

piccola dose preventivamente iniettata ha *funzione vaccinante*. La vaccinazione avviene con rapidità diversa a seconda della via scelta: dopo quattro ore nella cavia, se si sceglie la via sottocutanea; dopo una o due ore, se l'iniezione è intraperitoneale o intrarachidea; quasi istantaneamente o dopo qualche minuto, se la via seguita è stata l'endovenosa.

Il Besredka pensa che il medesimo antigene ha valore anafilassante e vaccinante nel medesimo tempo e che le due azioni si debbano ottenere in rapporto con le quantità diverse di siero, le quali permettano o facilitino le combinazioni vaccinanti (antigene-anafilassina) o anafilassanti (sostanza scatenante-toxogenina).

Forse il sistema del Besredka trova una ragione fondamentale nella legge generale del Richet, che il fenomeno anafilattico non insorge finchè antigene è presente nel circolo, sulla stessa ragione cioè, che spiega la innocuità delle iniezioni consecutive di siero e il periodo lungo di incubazione dell'anafilassi; le piccole quantità di siero introdotte nell'organismo a scopo vaccinante si combinerebbero a poco a poco con la toxogenina esistente, senza dare reazione anafilattica, le dosi di antigene presenti nel circolo impedirebbero cioè la tumultuosa combinazione della dose massiva e lo scoppio dello *schock* anafilattico.

Seguendo l'esperienza di Besredka, e guidati da tale interpretazione, anche per scegliere un metodo di facile, sicura e generale applicazione, abbiamo stabilito di iniettare 10-24 ore prima della iniezione endovenosa, 2-4 cmc. di siero per via intramuscolare: al momento dell'iniezione endovenosa, secondo le esperienze del Perini, di Cruveillier, di Karasava e Schick sul riassorbimento dei sieri, si sarebbe dovuto trovare nell'organismo la quantità di antigene necessaria a neutralizzare la toxogenina eventualmente esistente e ad impedire il fenomeno anafilattico.

Numerose iniezioni endovenose (57 su difterici, 40 su malati di altra natura) non hanno delusa la nostra aspettazione; si che il metodo dell'unica iniezione intramuscolare 10-24 ore prima dell'iniezione endovenosa noi pensavamo fosse applicazione pratica per evitare non i fenomeni serici in generale, ma il pericoloso *schock* anafilattico, e per riabilitare l'uso della iniezione endovenosa, di cui i pericoli sono stati certamente esagerati. Senonchè, l'osservazione di cui riporto qui le note principali, ed altre che mi riservo di illustrare, per loro peculiari particolarità in un lavoro sui fenomeni serici, ci fanno pensare che una tale pratica applicazione della legge di Besredka subisce eccezioni.

I... V..., di mesi 23, entra nell'ospedale per sospetto di difterite il 23 dicembre 1911.

L'esame obbiettivo nota: nutrizione generale scaduta, scheletro regolare, mucose visibili sane, un po' cianotiche, non esantemi, faringe deterso, arrossato. La tonsilla sinistra è tumefatta, detersa. La voce chiara. Nulla a carico del torace e dell'addome. Temperatura 38°.2. Al suo ingresso nell'ospedale si iniettano 5000 U. I. di siero antidifterico (Istituto sieroterapico milanese). Il bambino il giorno prima aveva ricevuto 1000 U. I. per iniezione intramuscolare in un ambulatorio municipale.

La temperatura scende rapidamente al normale, la tonsilla si detumefa. L'esame batteriologico (culturale) è negativo per il b. difterico.

Esce dall'ospedale il 2 gennaio, guarito.

Rientra per sospetto di difterite il giorno 3 dicembre 1912: il bambino dal giorno precedente ha tosse canina.

L'esame generale dell' infermo è negativo: la tonsilla sinistra è grossa, tumida, ricoperta in gran parte da essudato biancastro, aderente; adenite consensuale angolo mascellare. Temperatura 36°.8.

Subito si iniettano 1000 U. I. di siero antidifterico Belfanti (2 cmc. ore 12 del giorno 8).

L'esame culturale dimostra presenza del bacillo difterico. Al mattino del giorno 9, alle ore 10, si procede alla iniezione endovenosa di 5000 U. I. di siero antidifterico Belfanti (10 cmc. circa)

Secondo la consuetudine s'isola la vena mediana cefalica, l'introduzione del liquido si fa lentamente, si ritira l'ago, si procede alla disinfezione jodica della piccola incisione cutanea; ma mentre si mette un'agrafe per suturare, il bambino diviene intensamente cianotico, il volto tumido improvvisamente; insorge dispnea. Un tremito diffuso colpisce gli arti; perdita di feci e d'urine, il respiro si arresta, i muscoli si rilasciano. Il polso non si sente sulle radiale, il cuore batte con frequenza estrema. Si interviene subito con la respirazione artificiale mentre si praticano nnmerose iniezioni di etere e di olio canforato. Dopo 10 minuti circa, incominciano i primi atti respiratori incompleti, rumorosi, stentati. La cianosi diminuisce; il respiro aiutato da trazioni sulla lingua e da larga somministrazione di ossigeno diviene regolare, il colorito del volto roseo. Si mette l'infermo a letto e si riscalda. Vomito, due scariche diarroiche poco dopo, giace un po' intontito ed indifferente, supino sul letto.

Dopo qualche ora il miglioramento è notevolisssimo e l'infermo chiede da bere con insistenza, insorse febbre con brividi che giunse a 39°,5 (v. grafica) e che rimette dopo 24 ore circa. Si somministra cloruro di Ca. (1 gr. 1/2) e si mantiene a dieta puramente idrica, il 19 dicembre è dimesso dall'ospedale completamente guarito.

Si trattava di un bambino che aveva ricevuto 10 cmc. di siero antidifterico il 23 dicembre 1911, per via intramuscolare e che un anno dopo circa (350 giorni) riceve un'iniezione di 2 cmc. di siero per via intramuscolare, e dopo 23 ore una iniezione endovenosa di 10 cmc. dello stesso siero.

La sindrome morbosa improvvisa, che sorge dopo cinque minuti circa dall'inoculazione endovenosa del siero, non può avere che un'unica interpretazione: l'ipotesi d'una intossicazione rapida si può escludere *a priori* per la nostra larga esperienza sull'innocuità del siero; contro l'ipotesi di un'eventuale embolia gassosa stava non solo la sindrome clinica descritta, ma anche la sicurezza matematica di aver liberata la siringa da qualsiasi contenuto in bolle d'aria; la perfetta identità invece col quadro che si può determinare negli animali induce a pensare che si sia trattato di uno schock anafilattico (insorgenza improvvisa dello schock dopo 5 minuti, ipotensione, cianosi, tumefazione improvvisa del volto, arresto del respiro che si riprende con la respirazione artificiale, perdita di feci e d'urina, rapida insorgenza della febbre, la rapida scomparsa dell'improvviso e tumultuario quadro morboso); tutti i termini d'altra parte erano corrispondenti; una prima iniezione anafilassante, un lungo periodo per l'incubazione e di anafilassi latente, una iniezione seconda provocatrice dello schock.

La prima iniezione anafilassante avea però preceduto di un anno l'iniezione seconda, il bambino quindi per un anno avea conservato in latenza lo stato anafilattico. Il fatto non può recar meraviglia alcuna se si ricordino le parole del Richet: « la durata dell'anafilassi è considerevole, si può dire che non se conoscano ancora i limiti ».

Rosenau ed Anderson hanno visto infatti in una cavia conservarsi lo stato anafilattico per tre anni e più, Currie ha veduto sorgere fenomeni anafilattici dopo un'iniezione seconda in un uomo che quattro anni innanzi circa (1817 giorni) avea ricevuto una prima iniezione di siero.

A. Delille e Flandin riportano recentemente due casi di anafilassi serica: Flandin dopo una seconda iniezione a distanza di 6 anni dalla prima, Delille dopo 9 anni.

Nel mio caso l'iniezione intermedia di 2 cmc. vaccinante, avea fallito allo copo e non avea impedito lo scoppio dello schock anafilattico.

La legge di Besredka subisce dunque eccezioni che, sebbene rare, devono essere tenute in gran conto dal clinico, poichè mettono in grave pericolo la vita del malato.

Le ragioni dell'insuccesso, seguendo l'interpretazione già esposta, si possono forse così ricostruire: la dose vaccinante di 2 cmc. sarebbe stata insufficiente a neutralizzare la toxogenina esistente, la quale, al momento dell'introduzione endovenosa del siero era in tale quantità, da determinare l'improvvisa combinazione toxogenina-antigene e l'improvviso scoppio dello schock anafilattico.

Le ulteriori esperienze di Besredka, stando così le cose, indicano però il rimedio all'infedeltà del metodo da noi usato. Egli ha potuto infatti dimostrare sperimentalmente che, se invece di una sola iniezione a scopo vaccinante se ne praticano due, tre ed anche quattro a distanza di qualche minuto o di qualche ora, aumentando di poco la quantità del siero, si giunge a creare uno stato di antianafilassi che può giungere alla tolleranza senza disturbo alcuno, da parte dell'animale anafilassato, di perfino 200-1000 dosi mortali.

Questo metodo delle *dosi subentranti* come l'A. lo denomina, è applicabile nella pratica umana, per quanto urgente possa essere il dovere di introdurre nell'organismo grandi quantità di siero; ad una prima dose per via intramuscolare (1 cmc.), si fa seguire una seconda iniezione (2 cmc.) poi una terza (3 cmc.) e a breve distanza di poche ore si può procedere all'iniezione endovenosa.

Nei *soggetti sicuramente nuovi*, in cui i fenomeni da siero immediati (anafilattici) pure esistono, ma sono sempre meno gravi e tumultuosi, se il bisogno stringe, si può pure tralasciare tale precauzione e ricorrere direttamente alla via endovenosa; ma nei *soggetti già iniettati*, val meglio, per quanto urga il bisogno, ritardare l'iniezione massiva, usufruendo delle dosi subentranti, che esporre il malato al pericolo di morte per schock anafilattico.

Marzo 1913.

BIBLIOGRAFIA.

CH. RICHET. *L'anaphylaxie*, 1911.

CRUMBEIN u. TOMARKIN Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte marzo 1911.

LEYDEN u. KLEMPERER *La clinica contemporanea*, Vol. I.: W. DÖNITZ. *L'immunità*.

E. V. BEHRING. *Le basi sperimentali della terap. antitossica della difterite*.

A. CELLI. *Manuale dell'igienista* (DE BLASI. *Batteriologia*). 1912.

A. BESREDKA. Annal. Inst. Pasteur, 1907, pag. 950-960.

ID. *Moyen d'éviter des acc. anaphyl.* C.-R. Ac. Sc., 1910, pag. 1456.

ID. *De l'antianaphyl. Le procédé des petites doses et des injections subintrantes* Annal. Inst. Pasteur, 1910.

ID. Paris Médical, 1911.

ROSENAU M. I. A. ANDERSON H. *Studies upon ipersusceptibility and immunity*. Hyg. Lab. Bull. n. 29, 1906; n. 36, 1907; n. 45 1908, n. 50, 1909: v. inoltre Journ. of infect. Diseas., IV, 1908, n. 85.

J. MINET et LECLERC. *Les applications pratiques de l'Anaphylaxie*. Baillière, 1913.

NETTER A. C.-R. Soc. de Biol., 1906, pag. 278, 281; Id 1909, pag. 186-188.

BIEDL u. KRAUS. *Zur Charakteristik des Anaph. schocks*. Zeitsch. für Immunitätfors. und exper. Ter. VII, 1910, 205-222.

ID. *Ueber die Giftigkeit heterologer Sera und Kriterien der Anaph.* Id., VII, 1910, 408.

AUER J. *The prophylactic action of atropin in immediate anaph. of guinea pigs*. Americ. Journ. of Phsycology, XXVII, 1910, 439, 452.

F. EGIDI. *Intubazione del laringe e tracheotomia*. Roma, 1906.

(6)

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Le cisti del pancreas.

(MARTIN. *Le Progrès médical*).

L'A. esclude dalla descrizione le cisti parassitarie, e le traumatiche; e si occupa esclusivamevte di quelle glandolari.

Lo studio clinico e terapeutico di tale affezione, incominciato con l'era chirurgica vera, si è più perfezionato in questi ultimi anni, specie per opera dei lavori di Böeckel, Mayo-Robson, Moynihan, Korte, Villar. Una classificazione delle cisti dalle pseudocisti è stata fatta da Noever, Kijewski, Malan, Wolf, Quénu, Hartmann, Bazy, Mauclaire, Routier, Ombredanne (1911).

Le cisti del pancreas sono relativamente rare. Si verificano verso i 40 anni, ma anche prima fra i 18 ed i 25 anni; le donne sembrano più predisposte all'affezione. Quanto alle cause determinanti non si possono fare che ipotesi, non potendo dare grande importanza ai *traumatismi*. Spesso si rinvengono le cisti in pancreatiti croniche, specie nella pancreatite biliare, nella tubercolosi del pancreas, nelle lesioni piloro-duodenali, e sopratutto nel cancro del pancreas (Hartmann). Spesso esistono da lungo tempo, e si manifestano con una tumefazione o con una crisi di dolori o con complicazioni gravi.

Anatomia patologica. — Essendo il pancreas organo retroperitoneale, le cisti sono primitivamente retro-peritoneali. La cisti può essere unica ed occupare la testa, o l'istmo, o il corpo, o la coda dell'organo; può essere poco voluminosa, quanto un'arancia, o quanto una testa di adulto, e perfino contenere 20 litri di liquido. Le cisti possono essere multiple, e di varie dimensioni, e spesso in tal caso si ha degenerazione cistica del pancreas. La cisti può essere peduncolata, specie se a livello della coda, od essere largamente impiantata e circondata da tessuto pancreatico

caso più frequente. La cisti ha sviluppo verso l'avanti, o tra il fegato e lo stomaco (tipo superiore); o tra lo stomaco in alto, in basso il mesocolon ed il colon trasverso, ed in avanti il legamento gastro-colico assottigliato (tipo medio, il più frequente); ovvero la cisti può passare sotto il colon trasverso, lasciando indenne la via mesocolica, o sdoppiare il mesocolon trasverso (tipo inferiore).

La cisti ha una parete liscia, di tre a sei millimetri di spessore, da cui spesso si dipartono dei setti e briglie che la rendono multiloculare. Detta parete è fatta di tessuto fibroso, con pochi elementi cellulari, fusati, e con rari linfociti; è tappezzata all'interno da un epitelio di cellule cilindriche od un po' appiattite, ora a strato continuo, ora discontinuo, ora però completamente mancante. Il liquido, contenuto nella cisti, può essere trasparente color ambra, opalino o bruno, emorragico, color cioccolatto, verdastro, con una densità da 1002 a 1160 (Gussembeauer), e contiene albumina, paralbumina, mucina, cloruri, zucchero, potassa, soda, colesterina, raramente urea — e poi, cosa importantissima, i fermenti pancreatici: amilasi, lipasi, tripsina — infine leucociti, emazie, cellule epiteliali, cristalli di solfato di calce.

Quanto alla *patogenesi*, varie teorie sono state emesse: 1° la teoria della cisti da ritenzione, per ostacolo nel Wirsung od in uno dei canali collaterali (teoria non più ammessa oggidì, Quénu); 2° la teoria epiteliale (Bruno, Hippel, Carnot) secondo la quale la cisti pancreatica è una cisti da modificazione epiteliale, paragonabile alla mastite cistica (questa teoria non si può ammettere per le cisti che non hanno traccia di rivestimento epiteliale); 3° la teoria necrotica da autodigestione (Körte, Garré, Quénu, Michalkine), secondo la quale, per un processo di pancreatite cronica, si modificano, si alterano gli acini nella loro nutrizione, donde un'autodigestione di tessuto pancreatico, e quindi una cavità cistica; 4° la teoria dell'origine congenita della cisti, fondata finora sopra ipotesi.

Studio clinico. — L'esordio è variabilissimo: lento o brusco. Nel primo caso si hanno dolori, inappetenza, vomito, dimagramento ed eventuale presenza di una tumefazione sopra l'ombellico, od all'emiepigastrio sinistro. I dolori non mancano mai. Nel secondo caso il dolore è vivissimo da far pensare ad una colica nefritica appendicolare, con febbre, vomito, poi tutto si attenua, e compare la tumefazione. Nel periodo di stato i sintomi fisici variano secondo la sede, i rapporti e la estensione della cisti, all'ispezione si potrà notare una tumefazione periombellicale, o nell'emiepigastrio sinistro od anche raggiungente la fossa iliaca sinistra, raramente il bordo costale, ricoperta talvolta da una cute con reticolo venoso molto appariscente (Bull). Colla palpazione, *previo vuotamento dello stomaco e dell'intestino* sotto l'anestesia e con o senza posizione inclinata di Trendelemburg si rileverà la forma, la grandezza, la consistenza renitente o fluttuante, la superficie della cisti, e sopratutto la sede e la mobilità. Quest'ultima è nulla nelle cisti della testa; segue i movimenti respiratori se è aderente al fegato; può infine trasmettere i battiti aortici, e dare il fenomeno del ballottamento se prende contatto colla colonna. Con la percussione si hanno risultati dubbi, e molto variabili, secondo la sede alta, media o bassa della cisti. Onde per localizzare più esattamente la tumefazione si è ricorso all'insufflazione gastrica o colica, ed alla radiografia (quest'ultima con poco risultato).

L'*evoluzione* è lenta, ma presto o tardi si accompagnano le cisti a dimagramento, perdita dell'appetito, cachessia, costipazione alternata con diarrea, dolori a tipo di nevralgie celiache.

Le complicazioni sono dovute ad accrescimento della cisti, od alla sua rottura, a suppurazione, ad emorragia intracistica, a trasformazione epiteliomatosa, alla compressione sul piloro, sul duodeno, con stenosi, vomiti verdastri, ad enterorragia, a compressioni sulla cava sulla porta, con ascite, enterorragie consecutive. Nella diagnosi si dovrà pensare alle cisti idatidee del fegato, alle cisti della milza, a quelle del mesenterio, a quelle dell'ovaio, alle lesioni dell'apparecchio urinario. Ristretta la diagnosi a lesione del pancreas, si dovranno eliminare: la tubercolosi, la sifilide dell'organo, le cisti traumatiche, le parassitarie, per le prime delle quali vale tutta l'anamnesi. La diagnosi di cisti idatidea è quasi impossibile prima dell'intervento; quasi lo stesso è a dirsi per il cancro del pancreas. Si dovrà sempre esaminare la funzione pancreatica dall'esame delle feci, macroscopico e microscopico, dalle prove dei nuclei, di Schmidt, di Wohlard, di Ambard, di Binet, di Cammidge (quest'ultima nelle urine), infine dalla glicosuria.

La *cura* deve essere chirurgica, e soltanto chirurgica. È dannosa, o inefficace la puntura semplice e la puntura con aspirazione per i pericoli

di ferite dei vasi. Due sono i metodi nella cura da seguire: la marsupializzazione, e l'estirpazione parziale. La prima si esegue oggidì in un tempo: dopo l'incisione cutanea (che varia secondo la sede della cisti), si va alla ricerca della cisti per via sopragastrica, o gastro-colica, o attraverso il mesocolon trasverso. Non vi sono però regole fisse; occorre seguire la via che permetterà di porre il drenaggio in posizione declive. Quali complicazioni dell'operazione si possono avere emorragie, colerragie; e tardivamente fistole ribelli alla obliterazione con perdita di fermenti, anemia, cachessia.

L'*estirpazione parziale* non è che una variante della marsupializzazione poichè si fissa la sacca, o i suoi lembi alla parete.

G. QUARTA.

MEDICINA.

Lo stato attuale della sieroterapia nelle infezioni da streptococco.

(HEIMANN. *Med. Klinik*).

Dopo la scoperta di Behring, era giustificato il tentativo di trovare un siero capace di spiegare un'azione benefica nelle numerose malattie determinate dallo streptococco. Il primo che ottenne questo siero fu Marmorek: ma le speranze che il nuovo siero aveva dapprima alimentate non trovarono conferma nelle ulteriori ricerche di controllo. Più tardi vari autori ripetettero il tentativo; ricordiamo qui ad esempio Denys, van de Velde, Tavel, Meyer e Ruppel, Aronson.

Nel preparare il siero i differenti autori si giovarono ora di streptococchi modificati mediante passaggi in animali, ora invece di streptococchi virulenti per gli uomini. Inoltre, alcuni ricercatori iniettarono ai cavalli, da cui estraevano poi il siero, microrganismi aventi un'unica origine (sieri monovalenti); altri invece microrganismi di origine diversa (sieri polivalenti).

Va notato, a proposito di questa ultima differenza di tecnica, come ancora oggi non si possa dire risoluta la antica questione, se cioè esista un'unica specie di streptococchi o ne esistano parecchie. Sostengono la prima opinione Marxer, Marmorek, Aronson, Zangemeister; si schierano a favore della seconda Meyer e Ruppel, van de Velde, Moser, Fischer, Koch e Petruschky.

Le varie ricerche istituite intorno ai caratteri dei microrganismi nelle culture non hanno potuto confermare la diversità sostanziale fra varie specie di streptococchi, giacchè è stato subito osservato che la differente qualità del terreno di cultura bastava a originare modificazioni evidenti nelle proprietà dei microrganismi stessi. Recenti ricerche sierologiche tenderebbero a dimostrare come esistano realmente specie diverse, suscettibili di venire agglutinate solo dai sieri corrispondenti. Ma occorre aggiungere che Aronson ha trovato una speciale manifestazione della agglutinazione, la quale è visibile solo macroscopicamente; tale agglutinazione si manifesterebbe trattando con il suo siero tutti gli streptococchi. Da ciò conclude l'Aronson per la unicità degli streptococchi.

L'A. ha anche esso praticato degli esperimenti intorno alla efficacia della sieroterapia antistreptococcica. Egli ha adoperato il siero di Aronson, sperimentando sui topi bianchi. Questi venivano infettati ora con streptococchi modificati mediante il passaggio in animali, ora invece con streptococchi ricavati direttamente dall'uomo. L'A. osservò che il siero agiva efficacemente quando l'infezione era stata determinata con la stessa specie che aveva servito alla preparazione del siero stesso; mentre invece non si ottenevano risultati favorevoli negli animali infettati con streptococchi ricavati dall'uomo.

Ciò conferma, secondo l'A., il concetto della diversità delle specie, e spiega perchè esistano tanti sieri antistreptococcici. Ogni autore infatti otteneva buoni risultati sperimentando il siero su animali infettati con la stessa specie di streptococchi che già aveva servito alla preparazione del siero medesimo; ma quando altri controllava l'azione del siero, servendosi, per determinare la infezione, di streptococchi aventi origine diversa, il risultato era minimo o addirittura nullo. È dunque facile ottenere un siero capace di esplicare una azione efficace sulle infezioni, artificialmente prodotte nei laboratori, mediante varietà conosciute di streptococchi. Gli stessi sieri però si rivelano privi di efficacia contro gli uomini colpiti da infezioni dovute ad altri streptococchi.

La sieroterapia riuscirebbe efficace qualora si adoperasse in ogni infermo un siero ottenuto mediante l'azione degli stessi streptococchi che hanno determinato la malattia; ma l'A. ritiene che ciò sia purtroppo impossibile in pratica.

Quale sia il meccanismo di azione del siero antistreptococcico non è ancora del tutto chiarito. Non pare sia il caso di parlare di un'azione antitossica; e, d'altra parte, nessun autore ha osservato una dissoluzione degli streptococchi per effetto del siero. Denys, Bordet ed altri assegnano una grande importanza all'azione dei fagociti; però i più ritengono oggi che il siero non modifichi i leucociti, ma i microrganismi.

V. FORLÌ.

GINECOLOGIA.

Le metrorragie della menopausa.

(FORGUE e MASSABAU. *Presse Méd.*).

Un problema teoricamente e praticamente molto importante è quello delle metrorragie della menopausa. Si tratta di donne da 49 a 50 anni, il cui passato genitale è di regola poco attivo; si tratta spesso di nubili o di donne sterili: esse non ricordano altri disturbi all'infuori di qualche irregolarità nelle mestruazioni e di quando in quando di dismenorrea. Verso la menopausa esse cominciano a lamentarsi di dolori pelvici, ora lievi, ora molto intensi, che assumono il tipo di nevralgie ribelli: si verificano poi perdite sieromucose, ma soprattutto emorragie. Si tratta dapprima di menorragie a carattere irregolarissimo poi compaiono metrorragie sempre più abbondanti.

Talora la menopausa mette fine a questi accidenti, talora invece li aggrava: le perdite sanguigne assumono una intensità nuova, divengono quasi continue e determinano uno stato di anemia di una gravità estrema e tutti mezzi che si mettono in opera per frenarle, quali il tamponamento, le cauterizzazioni intrauterine, il raschiamento, riescono inefficaci. L'esplorazione vaginale rischiara poco sulla diagnosi di tali emorragie; in qualche caso, ma non sempre, l'utero è alquanto ingrossato e deborda dalla sinfisi, ma è molto mobile: le ovaia presentano spesso un lieve aumento di volume, fanno ernia sul cul di sacco.

Mancando in tali casi una lesione generale o locale clinicamente apprezzabile, si ha la tendenza di chiamare tali emorragie col nome di « metrorragie essenziali ». Da questo punto di vista è logico di riavvicinarle a quelle emorragie molto più rare che compaiono nelle ragazze all'epoca della pubertà. Sembra dunque che la funzione mestruale si nel suo nascere che nel suo tramontare sia capace di provocare nell'utero perdite irregolari anormali per la loro abbondanza e ripetizione.

La patogenesi di queste emorragie è stata molto discussa e si può dire che non ha trovato una unanime interpretazione. Qualche ginecologo parla di una metrite lieve, molto spesso anzi di un risveglio di una metrite antica all'epoca della menopausa: essa si localizzerebbe a preferenza sul sistema vascolare dell'utero. Il merito di Richelot e della sua scuola sta nell'aver dimostrato in modo inconfutabile che le *metrorragie della menopausa e della pubertà non sono la conseguenza d'un'infezione dell'utero*. Anche la clinica parla in favore di tale ipotesi: infatti tali emorragie si verificano prevalentemente nelle vergini; le osservazioni istologiche e batteriologiche del Winter, Döderlein, Pfannenstiel, Dubouchet parlano appunto per l'assenza d'infiammazione del parenchima di tali uteri.

Si è allora invocata come causa delle emorragie una lesione del parenchima, dei vasi o delle mucose dell'utero. Così per il Richelot, Doléris, Theilhaber la causa fondamentale delle emorragie essenziali va ricercata in una sclerosi uterina che si manifesta soprattutto nei soggetti artritici ed arteroscleriotici. Perche poi un utero sclerotico dovrebbe sanguinare più facilmente?

Il Richelot spiega il fenomeno colle *poussées* congestive, così frequenti negli artritici, che determinerebbero la rottura di qualche vaso sanguigno. Questa maniera di vedere manca però di base anatomica ed in ogni caso non si comprende perchè soli alcuni artritici dovrebbero presentare questi disturbi.

Il Theilhaber dà un'altra spiegazione del fenomeno; egli ritiene che ogni utero che perde sangue è un utero la cui muscolatura non può contrarsi in modo sufficiente per obliterare i vasi ed arrestare il flusso sanguigno.

Nelle giovani ciò sarebbe in rapporto con una ipoplasia o con una degenerazione del muscolo, nella donna anziana troverebbe una spiegazione nell'invasione del muscolo da parte del connettivo. Questa ipotesi urta contro le considerazioni anatomiche più elementari; infatti non solo non tutti gli uteri dell'età critica sono affetti da sclerosi, ma spesso uteri manifestamente colpiti da sclerosi non presentano emorragie.

Alcuni autori spiegano tali emorragie con lesioni vasali. Le alterazioni dei vasi uterini sono state incriminate da vari autori come causa delle emorragie essenziali. Così alcuni parlano di una trasformazione angiomatosa o di una sclerosi molto accentuata delle arterie uterine. La sclerosi determinerebbe una dilatazione delle arterie con afflusso maggiore di sangue e con consecutiva ectasia dei capillari e rottura di questi. Queste alterazioni vasali sono state però riscontrate negli uteri in questione solo eccezionalmente. Non resta che a considerare le lesioni della mucosa come causa delle metrorragia in questione. In favore di questa ipotesi parla il fatto che lesioni del genere possono considerarsi come costanti e ciò è stato dimostrato da numerosi autori.

Macroscopicamente la mucosa appare ispessita, fungosa e villosa e presenta come nel caso illustrato dagli AA. ipertrofie localizzate che possono far pensare ad un neoplasma incipiente. Istologicamente la lesione è caratterizzata da una ipertrofia, una iperplasia, una neoformazione di glandole, d'aspetto adenomatoso paragonabili a quella che si descrive col nome d'endometrite glandolare, però senza lesioni infiammatorie del tessuto

interstiziale; solo in qualche caso i vasi sono aumentati di numero e dilatati. Nulla però ci autorizza a considerare questa trasformazione adenomatosa della mucosa la causa determinante delle emorragie; si sa infatti che questa alterazione glandolare è una lesione banale che si ritrova negli stati fisiologici e patologici più svariati: così nei periodi che precedono o seguono immediatamente alle mestruazioni, nei fibromiomi ed in alcuni casi di disturbi circolatori dell'utero dovuti a neoplasmi degli annessi, o tumori pelvici o anche in malattie cardiache o polmonari.

Questa *pseudo-endometrite* è la conseguenza dell'edema della mucosa; essa accompagna le emorragie patologiche e fisiologiche ma non ne è la causa.

Dalle considerazioni suesposte risulta che non troviamo nè nel parenchima uterino nè nei suoi vasi, nè nella sua mucosa il *primum movens* delle emorragie essenziali. Si è dovuto cercarlo invece al di fuori dell'utero, nell'ovaio. Si ammette oggi che è la secrezione interna dell'ovaio, l'ormone ovarico, che determina l'emorragia mestruale fisiologica: un argomento nuovo in favore di questa ipotesi ci è fornito dal fatto del ritorno delle mestruazioni dopo gl'innesti ovarici. Non si potrebbe allora pensare ad un perturbamento di questa secrezione interna ovarica come causa determinante dell'emorragia patologica? *A priori* l'ipotesi è logica, tanto più che esistono argomenti importanti in suo favore.

Anzitutto noi osserviamo l'insorgere di queste metrorragie ai due poli della vita sessuale della donna, sia al momento dell'iniziarsi del flusso mestruale che all'epoca della sua soppressione, vale a dire in due epoche in cui la secrezione interna dell'ovaio deve subire profonde modificazioni. Inoltre un altro argomento capitale che parla in favore dell'ipotesi suesposta è dato dal fatto della guarigione delle emorragie uterine coll'ablazione delle ovaia: questo fatto è stato dimostrato dal Lawson-Tait fin dal 1876 e confermato da tutti gli autori successivi, non solo nei casi di emorragie essenziali, ma anche in quelle dipendenti da fibromioni uterini. Nei rari casi in cui l'operazione non è seguita dai risultati aspettati bisogna pensare che l'utero, profondamente modificato nella sua struttura da un lungo periodo anteriore di emorragie, adattato quasi in qualche modo a questo nuovo disturbo, continua a perdere sangue anche dopo asportate le ovaia.

Gli studi odierni si sono rivolti soprattutto allo esame anatomico delle ovaia, per stabilire se esistono lesioni apprezzabili di esse, che potessero spiegare le emorragie. Spesso le ovaia presentano i segni della degenerazione microcistica sia nelle emorragie essenziali, che in quelle dipendenti da fibromi; però questa lesione non può considerarsi come costante: ad ogni modo si potrebbe trattare di lesioni puramente funzionali.

P. A.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica chirurgica della R. Università di Genova

diretta dal Prof. Sen. NOVARO.

Contributo alla chirurgia della tubercolosi renale

per il dott. prof. VITTORIO PORCILE
aiuto e libero docente.

Non sono molti lustri ancora, si riteneva che la tubercolosi urinaria avesse la prima sede nella vescica, nella vescica e prostata e che successivamente invadendo gli ureteri si propagasse alla pelvi, al rene. Dopo che il male aveva fatto questo cammino, inutile era pensare ad un intervento chirurgico, ad una cura radicale. Nel museo di Necker ancora oggi si ammira la magnifica collezione di esemplari, dei quali il principe degli urologi, Guyon, si serviva a dare a uditori di ogni paese la dimostrazione di questa teoria. Vero è che negli ultimi anni anche Guyon ammetteva sempre più numerose eccezioni, accoglieva e riconosceva un'idea, una teoria nuova alla quale i fatti apportavano sempre più chiare conferme: la teoria, possiamo dire, la dottrina, che vige oggidì. La tubercolosi primitiva della vescica è la eccezione: nella grande maggioranza dei casi il processo si inizia dal rene. Non per la via dell'uretere giunge il bacillo al rene, ma per il sangue. Anatomopatologicamente il processo può rimanere circoscritto al rene un tempo più o meno lungo; poi per la via dell'uretere, spesso senza localizzarsi in questo condotto, scende alla vescica. Dalla vescica può l'infezione salire al rene dell'altro lato; non escluso, per altro, che possa pure giungervi per via ematogena.

La tubercolosi renale è operabile, oso dire deve operarsi. Giungendo in tempo a rimuovere il focolaio primo, si sottrae al morbo la rimanente parte dell'apparato uropoietico, si può liberare l'intero organismo. È legge ormai d'esperienza: anche le manifestazioni, le lesioni vescicali guariscono; cessano perturbamenti funzionali insorti nell'altro rene ed anche vi regredisce e va a gua-

rigione, tolto il focolaio principale, un processo tubercolare, che già vi si era iniziato. I risultati saranno tanto migliori quanto più pronta sarà stata la diagnosi. Sventuratamente vi sono cause che traggono in errore: la sintomatologia vescicale devia l'attenzione. Essa è precoce: precede spesso le manifestazioni dal lato del rene. La maggiore frequenza, il più vivo bisogno di mingere, poi il dolore della minzione, lo spasmo, le piccole ematurie terminali richiamano alla vescica tutta la considerazione e la cura.

Ond'è che, se anche il rene è sede di un indolenzimento cupo, continuo, quasi abituale; se spontaneamente o per contatto « palpazione, pressione » v'insorgono dolori più vivi; se il suo volume aumenta, questi fenomeni passano spesso inosservati, non sono debitamente valutati. Si continua intanto a instillare, peggio poi a fare, a tentare di fare nella vescica lavature, irrigazioni, le quali spesso non hanno altro risultato che di aggravare le sofferenze, far progredire il male. Si perde così un tempo prezioso, a detrimento sommo del paziente: ogni esame endovescicale e, per la vescica, degli ureteri, diviene impossibile.

CASO 1°, n. 9 *d.* — B... E..., d'anni 32, casalinga, maritata, da Sampierdarena.

Ragguagli storici. — La paziente è stata allattata da nutrice tubercolosa. Il marito è stato amputato di coscia per tubercolosi al ginocchio. Inizio della malattia: dicembre 1910 con maggiore frequenza della minzione, lievi bruciori alla fine, poi minzione totalmente dolorosa, ma sempre dolori terminali più intensi. Progressivamente: comparsa di pus nell'urina, poi, ad intervalli, anche di sangue, di goccie sanguigne terminali, di piccoli coaguli. Dolori persistenti alla vescica, dolori ai reni, sopratutto a sinistra. Deperimento generale. Da parecchi mesi è a letto con febbre continua, più alta la sera (39°.5 40°). Bisogno di mingere impellente, quasi continuo.

Alla Clinica viene portata in barella.

Fatti salienti osservati all'ingresso, oltre i citati: Rene sinistro palpabile, ingrossato, dolente; dolente l'uretere in tutto il decorso.

Bacilli nell'urina: abbondante sedimento di pus, frustoli caseosi, sangue.

Capacità vescicale cmc. 10-15. Intolleranza per ogni strumento.

Vano tentativo di cistoscopia.

Il rene destro più non è dolente spontaneamente: non vi provoca dolore la palpazione, la pressione.

Diagnosi: Tubercolosi del rene sinistro.

Atto operativo (29 febbraio 1912). — Nefrectomia lombare.

Il rene enormemente ingrossato si spinge molto sotto l'arco costale. La resezione dell'ultima costa non basta a dare sufficiente passaggio. Essendo l'organo teso, fluttuante, pungo e dò esito a grande quantità di liquido purulento. Ridotto così il volume, completo l'isolamento « aderenze fitte specialmente al polo sup. », lusso e peduncolizzo. Nel resecare l'uretere ho cura di asportarne un lungo tratto: fisso il moncone periferico all'angolo inferiore della ferita Lascio ampiamente aperto.

Nel rene asportato, il cui volume si può conconsiderare sei, sette volte il normale, quasi tutta la sostanza midollare è distrutta; la corticale è profondamente alterata. Ampie caverne a contenuto purolento e caseoso hanno sostituito e disteso il parenchima. Vi sono poi più piccoli focolai e tubercoli disseminati.

L'uretere ha pareti ispessite; ma non vi si riconoscono tubercoli.

Decorso postoperativo. — Caduta immediatamente la febbre, solo dopo due settimane e per soli pochi giorni ricompare qualche elevazione termica a 37.7, 38°: poi apiressia non più turbata. Intanto la paziente già ha risentito dall'atto operativo un notevole benessere, mangia con più appetito, digerisce meglio, prende colore. Dopo lunghi mesi di degenza a letto, lo lascia finalmente a breve distanza dell'intervento. Nell'urina persiste pus, ma in quantità assai minore. Negativa la ricerca dei bacilli. Sono diminuiti, poi cessati i dolori alla minzione, che è divenuta anche meno frequente, meno imperiosa.

L'ampia ferita ha granuleggiato lentamente — vi sono comparse granulazioni torpide che hanno dovuto essere distrutte.

Alla fine dell'aprile quando la paziente lascia la Clinica, essa è aumentata di quattro chilogrammi: gli intervalli delle minzioni hanno raggiunto le due ore, nell'urina è diminuito ulteriormente il pus. Alla regione lombare esiste ancora una soluzione di continuo superficiale, lineare.

Alla metà del giugno il marito viena a dirci che l'aumento del peso ha raggiunto i dodici chilogrammi.

CASO 2°, n. 8 *d.* — T... I... d'anni 21, casalinga, nubile, da Genova.

Ragguagli storici. — È portata alla Clinica per una ematuria grave, ribelle che ne minaccia l'esistenza.

E' pallida, del pallore della cera; il polso è debolissimo. Raccontano i genitori che tre settimane addietro, essendo rimasta sospesa per le braccia nel vuoto a causa dello scivolamento della scala a piuoli che la reggeva, ebbe la prima volta urina sanguinolenta. D'allora in poi urinò quasi sempre sangue abbondante. Le poche volte in cui l'urina ricomparve limpida ebbe coliche al rene destro.

Cessava il dolore colla ripresa dell'ematuria e fuoruscivano allora anche coaguli allungati. Inefficace fino ad oggi ogni rimedio: riposo a letto, ghiaccio, emostatici, sieri.

Il rene destro si palpa appena nel suo polo inferiore: alla pressione moderato dolore locale. La cistoscopia mi fa vedere getto sanguigno dall'uretere destro, getto limpido a sinistra. Dell'urina degli intervalli ho già gli esami che la dicono normale.

Non dò grande importanza al trauma, nel senso ch'esso possa avere provocato una ematuria, voglio dire in rene sano.

Se rottura intracapsulare, l'emorragia è meno abbondante, cede, si frena: se rottura anche della capsula, non manca mai un ematoma perirenale: in questo caso non se ne ha segno.

Calcolo renale? Può dare emorragie prolungate, durature, ma di ordinario il riposo le modifica, se non le fa cessare. Vi sono poi i dolori locali, non raramente cristalli nell'urina.

Tumore? Il carcinoma del rene non è nell'età giovane, negli adolescenti eccezionale; i tumori d'altra parte, possono dare nella loro sintomatologia ogni sorpresa.

Nondimeno nel caso nostro ed anche ad onta della assenza di ogni precedente famigliare, mi si presenta più convincente l'idea della tubercolosi. La paziente è lontana dall'essere il tipo della robustezza; una sorella è pure non robusta, oligoemica. La tubercolosi renale è frequente, più frequente che i tumori: può dare emorragie spontanee e per cause insignificanti, poco o nulla suscettibili di essere modificate dai rimedi.

Senza porre tempo in mezzo, chè la paziente minaccia di soccombere all'anemia, intervengo: ho ancora a mia disposizione e a vantaggio dell'ammalata l'esame diretto dell'organo e la nefrotomia esplorativa.

Diagnosi. — Tubercolosi del rene destro.

Atto operativo. — Nefrectomia lombare (2 maggio 1912).

Il rene è molto nascosto sotto l'arco costale e aderente, specie al polo superiore, per processo di perinefrite.

Palpo il polo superiore ingrossato, irregolare, come lobulato.

Lussato il rene, riconosco meglio ch'esso è deforme, più grosso nella metà superiore, la quale è anche più consistente. Un nodo più consistente palpo anche nel polo inferiore.

In corrispondenza di questo tratto e di tutta la metà superiore trovansi disseminati granuli miliari, con tutta l'apparenza dei tubercoli.

Ve n'ha abbastanza perchè io mi dispensi da una incisione esplorativa.

Eseguita la nefrectomia, chiuso e fissato l'uretere, di cui ho resecato lungo tratto, all'angolo inferiore della ferita, suturo completamente.

Esame del rene asportato. — Pesa gr. 200: misura cm. 12 × 7 × 4.

La metà superiore è più voluminosa della inferiore, come suddivisa in quattro lobulazioni da due solcature, che s'incrociano; cosparsa inoltre di numerosissimi noduli grigio-giallastri della grossezza da una capocchia di spillo a un grano di miglio. In minor numero si trovano gli stessi granuli al polo inferiore.

Consistenza superiore alla normale; capsula difficilmente isolabile, specie in corrispondenza delle granulazioni. Sulla superficie di taglio la metà superiore e una parte del polo inferiore sono disseminate di granuli miliari. Non si vedono zone emorragiche nel parenchima renale.

Punti emorragici e larghe suffusioni trovansi nella metà superiore della pelvi e dei calici corrispondenti.

Nella pelvi trovasi pure un coagulo bruniccio, denso, grosso quanto un fagiuolo, non aderente.

Nulla di particolare nell'uretere.

Decorso postoperatorio. — Normale, apiretico.

Tolta la presenza di pochi globuli rossi e di tracce di albumina in prima e seconda giornata, urina normale.

In quinta giornata la paziente lascia il letto.

Guarigione per prima intenzione.

Notevole miglioramento nello stato generale e ripresa delle forze.

CASO III, n. 10 *u.* — P... L..., di anni 29, falegname, ammogliato, da San Salvatore Monferrato, dimorante a Sampierdarena.

Ragguagli storici. — Eredità tubercolare. Nessuna malattia venerea.

Un anno addietro, senza causa, dolenzia alla regione lombare destra, malessere generale: qualche volta la sera elevazioni termiche. In pari tempo bisogno di mingere più frequentemente, urina torbida.

I dolori al rene destro divennero sempre più persistenti, più forti: deperimento organico rapido, grave.

Entra con piuria, febbre la sera, dolore alla regione lombare destra. Il rene si palpa ingrossato, la palpazione aggrava il dolore.

Dolente l'uretere lungo il suo decorso.

Ogni indagine vescicale anche delicata e breve provoca brividi, febbre alta, aumento del dolore al rene, profondo malessere generale.

A sinistra il paziente non ha avuto mai dolori, neanche minimi; non vi provoca dolore la pressione.

L'urina ha reazione acida, densità bassa, scarsa urea; contiene grandissima copia di pus, rari globuli rossi. Fatte alcune ricerche, non vi trovo bacilli.

Diagnostivo nondimeno una tubercolosi renale.

Diagnosi: Tubercolosi del rene destro.

Atto operativo. — 7 maggio 1912.

Nefrectomia lombare destra.

Trovo il rene fittamente aderente per processo di perinefrite: le aderenze sono più salde alla faccia anteriore e al polo inferiore.

Liberato e lussato il rene, palpo nodi nel suo parenchima, specie nel polo inferiore, che è ingrossato: sulla superficie esterna si vedono e si palpano rari granuli miliari.

Un taglio esplorativo fa vedere noduli miliari nell'interno, la pelvi è leggermente dilatata: ispessito e dilatato è l'uretere.

Asporto il rene, resecando anche 12 cm. dell'uretere, il cui moncone periferico fisso nell'angolo inferiore della ferita. Collocato in questo punto un sottile drenaggio in garza, suturo la rimanente parte completamente.

L'esame più dettagliato del rene asportato, ne dimostra la metà inferiore infarcita di noduli tubercolari. Tubercoli più rari, più fini, trovansi pure nel polo superiore.

Alcuni tubercoli fanno prominenza sulla superficie esterna del rene. Non è evidente una diffusione del processo alla pelvi, all'uretere.

Peso del rene gm. 200: diametri cm. 13×7 × 3½.

Decorso postoperativo. — Tolto in terza giornata il sottile drenaggio, la ferita rapidamente si chiude (decima giornata).

Il paziente non ha più febbre, non più dolori. Già pochi giorni, due soli giorni dopo l'atto operativo, dichiara di avere più appetito, dimostra di digerir bene, migliora nell'aspetto.

In settima giornata lascia il letto.

L'urina contiene ancora pus, ma in quantità incomparabilmente minore; la densità e l'urea sono aumentate.

Il miglioramento nella nutrizione del paziente è rapido, notevolissimo: in meno di quattro settimane il peso del suo corpo aumenta di 10 chilogrammi.

Caso IV, n. 18 *d.* — V... E..., di anni 33, casalinga, maritata, da Broni, dimorante a Sampierdarena.

Ragguagli storici. — Minzione frequentissima, dolorosissima, imperiosa: ematurie con spasmo, piuria, febbre vespertina alta, costante, inappetenza, tormentano la paziente dall'agosto 1911, la costringono da molti mesi a letto e l'hanno fatta portare a noi in barella.

Ha aspetto sofferentissimo; è estremamente pallida, emaciata.

Lo stimolo a mingere non ha tregua: il dolore della minzione la fa gemere di continuo. Il rene destro si palpa molto ingrossato, dolente la pressione del rene, sull'uretere, all'ipogastrio, contro la vescica per la via vaginale.

La temperatura è la sera 38°.5, 39°. La paziente non appetisce alcun cibo: spesso vomita.

Si lagna inoltre di dolori addominali diffusi: ha addome meteorico, dolente: funzione alvina irregolare, stipsi o diarrea.

L'esame delle urine ha dato:

Quantità giornaliera media cmc. 1000-1100, di aspetto giallo torbido pallido, reazione leggermente acida, densità 1010, urea 10 ‰.

Abbondante sedimento di pus con globuli rossi ben conservati, ora scarsi, ora abbondanti.

Presenza di albumina in quantità 2.5-5 ‰.

Vi si trovano inoltre numerosissimi bacilli tubercolari.

Capacità vescicale quasi nulla: impossibile la cistoscopia.

Procedo all'atto operativo coll'intento di esplorare, dapprima, ad un tempo il peritoneo (peritonite tubercolare?) ed il rene sinistro, per passare poi ad una nefrectomia o ad una nefrostomia.

Diagnosi: Pionefrosi tubercolare destra.

Atto operativo. — 18 maggio 1912.

Laparotomia mediana; non trovo alterazione alcuna evidente nel peritoneo, nell'intestino. Il rene sinistro ha volume forse un po' superiore al normale, ma è regolarmente conformato, liscio. D'altra parte ho conferma dell'aumento di volume, dell'alterazione del rene destro. Chiusura della ferita addominale.

Taglio lombare. Asportazione del rene destro, che è trasformato in una grossa sacca, meglio, in un agglomerato di sacche, che gli dànno volume cinque, sei volte il normale e sono ripiene di pus, pus e urina, detriti, materiale caseoso, gremite di tubercoli. Nessun residuo di parenchima sano. Resezione anche di un lungo tratto dell'uretere.

Decorso postoperativo. — Per lo spazio di 10 giorni la paziente più non ha elevazioni termiche: riprende discreto grado di appetito, digerisce. La minzione si è fatta subito meno frequente, non più imperiosa, non più dolorosa. L'operata è lieta oltre ogni dire; si crede guarita. In settimana lascia qualche ora del giorno il letto, dopo 8 mesi di ininterrotta degenza.

Senonchè ricomincia a comparire qualche sera un elevazione termica a 37°.5, poi a 37°.7; poi la febbre serotina diviene un'altra volta costante. Le cifre oscillano fra 37°.8, 38°, 38°.2.

Talvolta la paziente ha un po' di dolore alla alla regione lombare sinistra: il rene sinistro è divenuto palpabile nel suo polo inferiore.

Ulteriore ipertrofia? tubercolosi?

L'urina contiene ancora pus e bacilli.

Nella quarta settimana nuovo miglioramento; la paziente passeggia, esegue qualche lavoro di cucito, mangia con appetito; si sente più forte (20 giugno 1912).

Il I ed il IV dei casi, ch'io ho esposto, assai bene avrebbero potuto dimostrare la verità di molte delle sopra fatte asserzioni: io ho voluto, nel riferirne la storia, mirare più direttamente alla indicazione dell'intervento. Nel III caso prevalse la sintomatologia renale: nondimeno esso ci veniva mandato con diagnosi di cistite e pielite. Il II caso è importante per l'ematuria. Emorragie renali microscopiche, riconoscibili cioè soltanto all'esame del sedimento; piccole emorragie vescicali terminali fanno parte abituale della fenomenologia della tubercolosi urinaria; possiamo anche avere ematurie renali più abbondanti. Le fugaci congestioni, la rottura di vasi capillari, anche di qualche ramo più considerevole, dànno sufficiente spiegazione del fatto. L'erosione di un grosso vaso ci può anche dare, nella tubercolosi renale, così come pei tumori del rene, una emorragia fulminante, mortale; ma l'avvenimento è

eccezionale. Nel caso di T... I... l'ematuria non fu preceduta da altro segno apprezzabile, fu improvvisa, seguì ad una causa lieve, trascurabile; Nell'organo asportato trovavamo tubercolosi miliare diffusa, nessuna cavità, non erosione visibile di alcun vaso. Non avevamo ragione di non prestar fede a chi ci diceva esservi stato il trauma; ma facilmente gli effetti apparivano sproporzionati alla causa. Dopo l'esame del pezzo, possiamo dire che fu un'ematuria bene avventurata o meglio fu ventura per la paziente; perocchè essa potè venir liberata da un nemico, che avrebbe covato nel suo organismo lungo tempo ancora, minandone gravemente la salute.

L'utilità dell'intervento è sufficientemente dimostrata, io credo, in ciascuno dei quattro casi; fatta eccezione dell'ultimo, che è ancora in cura, gli altri poterono uscire senza febbre, senza dolori, molto migliorati nello stato generale. Delle ferite feci in due casi la sutura quasi completa, solo lasciando, cioè, per 24-48 ore un drenaggio capillare ad uno degli angoli: guarirono, posso dire, per prima intenzione. Nel caso I e nel IV, nei quali non ero certo che una disseminazione estrarenale, durante l'intervento, non fosse avvenuta, lasciai ampiamente aperto. In tutti i casi resecato l'uretere, ne fissavo il moncone periferico all'angolo inferiore della ferita: orbene, in nessuno ho avuto dall'uretere la minima noia, non una sola volta la costituzione di una fistola.

L'esame dei reni asportati mi ha dato in due casi grande aumento di volume dell'organo, focolai caseosi grandi, ampie cavità, abbondanti raccolte di liquido purulento; negli altri due la tubercolosi era in forma miliare. Più esteso nel caso T... I..., meno in P... L..., il processo dimostrava in entrambi la tendenza ad una localizzazione nei poli del rene: in un periodo più iniziale esso era, forse, ancora limitato al solo polo inferiore; vi fu, forse, un momento in cui non sarebbe stata follia limitarsi ad una resezione ortopedica del rene, a vece di procedere alla sua totale demolizione.

Il fascicolo di luglio 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Giovanni Perez** - Sulle cosidette cisti ossee.

II. **Dott. Francesco Purpura** - Sulle tossine delle streptotricee.

III. **Dott. A. Cantilena e Dott. G. Stretti** - Voluminoso corpo estraneo nelle vie aeree; estrazione colla tracheotomia, guarigione.

IV. **Dott. Gustavo Mazzantini** - Gli antigeni per la prova dello storno del complemento nell'echinococcosi.

V. **Dott. Nicola Leotta** - Sulle ferite del cuore.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali).

(Roma, 8-11 giugno 1913).

Dall'8 all'11 giugno ha avuto luogo in Roma il IV Congresso nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali), Congresso riuscito importantissimo sia per la qualità ed il numero dei partecipanti, sia per l'importanza di temi trattati. Presidente generale del Comitato organizzatore era il prof. Baccelli che ha, fra i tanti suoi meriti, anche quello di essersi fatto in Italia banditore della importanza della medicina politica. Il Comitato esecutivo era così composto: presidente prof. A. Tamburini; vice-presidente prof. Rossoni; segretario generale prof. Rossi-Doria; segretario dott. Ranelletti; cassiere dottor Forlì. All'inaugurazione del Congresso intervennero il sindaco di Roma E. Nathan, l'on. Luzzatti, il rettore dell'Università prof. Tonelli, rappresentante il Ministero della pubblica istruzione, il comm. Suna per il Ministero di grazia e giustizia, il generale medico Calcagno per il Ministero della marina, il comm. Giuffrida per il Ministero di agricoltura, il comm. Lupinacci per il Ministero delle finanze, il comm. Solaro per il Ministero delle poste, il comm. Basile e il commendator Pedaldi per il Ministero dell'interno e Colonie, l'on. Gallina per il Ministero degli esteri, il generale Ferrero di Cavallerleone per il Ministero della guerra, ecc. Ampiamente rappresentate erano le Associazioni aventi per scopo la protezione dei lavoratori, le Associazioni sanitarie, le Associazioni operaie. Molti Comuni d'Italia avevano aderito al Congresso.

I temi proposti ai relatori erano cinque; e su questi argomenti furono presentate oltre le relazioni, comunicazioni numerose e importanti.

I TEMA. — *Anchilostomiasi.*

Relatori: professori **Bozzolo** e **Trambusti**.

Le due relazioni mettono in luce la estensione della malattia e i danni gravissimi che da questa derivano.

Certo molti medici ignorano quanto l'anchilostomiasi sia diffusa in Italia; ma anche quelli i quali conoscevano la notevole estensione di questo flagello non possono non essere rimasti impressionati dei risultati ottenuti dal Trambusti in una inchiesta da lui fatta eseguire dai dottori Amato e Gabrielli nelle miniere di Sicilia. Poche

furono le zolfare riscontrate indenni; in alcune miniere la percentuale degli infermi fu del 100 %; la media generale dei zolfatari affetti fu del 74.2 %. Il meccanismo più frequente d'infezione è la penetrazione delle larve per la via della pelle, ciò che produce in molti zolfatai una dermatosi speciale, conosciuta in Sicilia col nome di *pitirru*.

Ranelletti ha osservato recentemente un caso di anchilostomiasi in una donna lavorante in una fornace appena fuori delle porte di Roma.

In vista dell'enorme numero dei colpiti, Gabrielli afferma la necessità che — a somiglianza di quanto è stato fatto in Westfalia — si organizzi in Sicilia un efficace sistema di lotta contro l'anchilostomiasi.

Vari antielmintici riescono utili contro gli anchilostomi, ma fra questi il più indicato è senza dubbio il timolo (Bozzolo, Perroncito). De Marchis ha con questo ottenuto effetti assai favorevoli in un grave caso di anchilostomiasi in donna incinta.

Dopo le interessanti comunicazioni dei dottori Cammarata, Bonfiglio, Siccardi, Tedeschi, Pieraccini sull'anchilostomiasi, il prof. Monti presenta un ordine del giorno in cui rinnova al Governo e al Parlamento l'appello perchè venga al più presto approvato il disegno di legge contro l'anchilostomiasi, e fa voti perchè i reduci dall'America (l'anchilostomiasi è specialmente grave ed estesa nel Brasile), siano curati durante il viaggio di ritorno, e ove occorra, negli asili degli emigranti di Napoli, in modo da evitare il pericolo dell'ulteriore diffusione del male, e quello della reinfezione di paesi già bonificati.

II TEMA. — *Malattie del sangue di origine professionale.*

Relatori: professori **Biondi** e **Ferrannini.**

Dalla esposizione del Ferrannini risulta che per effetto del lavoro non si determina alcuna speciale alterazione del sangue che possa assurgere al grado di entità anatomo-clinica. Sono per contro assai numerose le alterazioni del sangue che fanno parte della sintomatologia di molte malattie professionali, costituendone anzi talora la manifestazione più precoce. Le anemie da sottrazione di sangue hanno assai scarsa importanza professionale. Importanza maggiore spetta alle anemie per alterazione o distruzione globulare, quali si hanno nelle intossicazioni. Disturbi della crasi sanguigna possono aversi anche per la insufficienza quantitativa della produzione o della rigenerazione globulare, dovuta ad alterazione degli organi ematopoietici, e principalmente del midollo osseo, sotto l'azione di varie sostanze tossiche (fosforo, arsenico, piombo, benzolo, ecc.). Inoltre occorre rammentare tutte le cause di debilitamento generale (privazioni, cattiva igiene dell'alimentazione e della abitazione, ecc.), che ostacolano o disturbano la funzione emopoietica e che sono frequenti nella classe operaia. Biondi fa rilevare come, mentre possediamo già conoscenze sufficienti sulle modificazioni svolgentisi a carico degli elementi corpuscolati del sangue nelle anemie da cause tossiche, pochissimo sappiamo invece intorno alle modificazioni del mestruo in cui questi elementi si trovano. Se questa lacuna venisse colmata, noi possederemmo senza dubbio conoscenze che ci gioverebbero molto sia per penetrare la fisiopatologia delle anemie tossiche, sia per stabilire la diagnosi delle intossicazioni.

Seguono varie comunicazioni sulle malattie del sangue di origine professionale: Ciovini: ematologia e comportamento del midollo osseo nell'avvelenamento da anidride carbonica. Carpentieri: alcune proprietà fisico-chimiche e biologiche del sangue negli animali affaticati. Palmulli: modificazioni quantitative e istologiche dei corpuscoli del sangue nel lavoro muscolare. Scalia: le alterazioni morfologiche del sangue nell'intossicazione per antimonio. Allevi: ricerche sulla crasi sanguigna nel personale di macchina delle ferrovie di Stato addetto alla trazione dei treni in galleria. Rubino: Alterazioni del sangue di origine professionale.

III TEMA. — *La mortalità infantile in rapporto ai mestieri ed alle condizioni sociali dei genitori.*

Relatori i proff. **Carozzi** e **Finizio.**

Carozzi fa rilevare come sia estremamente difficile valutare in un lavoro statistico l'influenza della professione dei genitori sulla mortalità dei nati. Anzitutto le statistiche si basano, in genere, su dati raccolti in ospedali, cliniche, istituti di maternità, sicchè non si può senz'altro estenderne i risultati alla generalità dell'industria in esame. Inoltre occorre non dimenticare che la mortalità di un paese non è sempre uguale a quella di altri, in cui sussistono condizioni fisiche, demografiche e sociali molto differenti. E infine — fatto questo importantissimo — esistono altri fattori (alcoolismo, tubercolosi, criminalità) i quali concorrono, indipendentemente dalla professione dei genitori, ad aggravare la mortalità infantile. Malgrado queste difficoltà e queste incertezze l'A. ha raccolto in gruppi professionali i dati riguardanti 57.304 gravidanze; ma, quantunque non possa sempre escludere (specie per l'industrie a pericolo saturnino) l'influenza dannosa della professione del padre o della madre sulla discendenza,

pure non si ritiene autorizzato a giungere a conclusioni recise. Ma se oggi una conclusione appare prematura, saranno invece forse possibili delle fondate deduzioni quando si sia meglio organizzata la statistica sanitaria e demografica della classe lavoratrice. Di questa organizzazione l'A. traccia appunto le linee nella sua relazione. Finizio si occupa della mortalità infantile in rapporto alle condizioni sociali dei genitori, rilevando come nel determinare la mortalità infantile i fattori mesologici di ordine sociale abbiano importanza maggiore di quelli di ordine naturale. Le cause sociali della maggiore mortalità dei bambini illegittimi vanno ricercate nella assistenza, generalmente difettosa, aggravata in Italia dal divieto della ricerca della paternità.

Tra i vari elementi in cui si può scindere la condizione sociale dei genitori, quello economico ha fondamentale importanza. L'assistenza e l'allattamento materni neutralizzano però in parte gli effetti sfavorevoli della povertà; e infatti la Sardegna, quantunque povera, ha nei bambini lattanti una mortalità inferiore a quella delle più ricche regioni dell' Italia settentrionale, poichè nella prima tutte le madri allattano. Il lavoro delle madri determina molteplici condizioni che, per svariate e più o meno indirette vie, riesce sfavorevole alla prole; e così la mortalità dei bambini è maggiore a Milano che a Palermo, ed è, a Bologna, maggiore tra i figli delle operaie industriali che tra i figli di madri povere che non lavorano nelle industrie. Una interessante comunicazione sullo stesso argomento presenta il Tedeschi.

IV TEMA. — *Dermatiti di origine professionale.*

Relatore prof. **Montesano.**

Il relatore, dopo aver rapidamente accennato alle dermatosi di origine professionale non infiammatorie, divide le dermatiti dei lavoratori in più categorie: quelle di natura francamente infettiva; quelle che si presentano in forma più o meno circoscritta (acne), con o senza fenomeni necrotizzanti e ulcerosi; quelle a tipo eritematoso; quelle infine che si presentano con tendenza ad estendersi in superficie, assumendo generalmente i caratteri dell'eczema e costituendo il gruppo più importante delle malattie cutanee di origine professionale. Molti quesiti si collegano allo studio delle dermatiti professionali; quesiti non tutti nuovi, ma che oggi meritano in gran parte di venire studiati secondo nuovi indirizzi, derivanti dalle recenti ricerche che si riferiscono, fra l'altro, al meccanismo della immunità e della anafilassia, alla fisio-patologia delle glandole a secrezione interna e alla influenza di questa in molte malattie cutanee, anche banali, come ad esempio l'eczema. La importanza economica e sociale di queste dermatiti giustifica il voto che la legislazione sociale le prenda in considerazione maggiore di quanto non si sia fatto finora.

Presentano comunicazioni relative a questo tema il dott. Busi, il quale parla intorno alle difese da praticarsi nei gabinetti di röntgenologia; Mori, il quale riferisce su di una dermatite professionale a forma acneica, che si riscontra nei carbonai e nei fuochisti di bordo, costretti a lavorare in ambienti a temperatura elevata e in presenza di abbondante polvere di carbone; il dottore Amaglio, il quale illustra un caso di pellagra in cui l'eritema classico era esteso anche alle regioni lombari: e il prof. Rubino, il quale riferisce di avere osservato dermatiti a carattere di eczemi o di ulcerazioni nelle mani degli operai che cementano il fondo delle navi.

V TEMA. — *Patologia professionale dei ferrovieri.*

Relatori: **Fabbri e Tognetti.**

In questa importantissima relazione gli AA. hanno anzitutto ricercato quale influenza esplichi il lavoro ferroviario sulla durata della vita di chi lo compie; e per mezzo di confronti con la mortalità generale in Italia, con la mortalità dei cittadini fra i 18 e i 60 anni, con la mortalità presentata dalle diverse professioni in Italia, Svizzera, Austria e Inghilterra, hanno dimostrato che i lavoratori delle ferrovie si trovano tra coloro che alla mortalità dànno un basso contingente.

Le ricerche comparative sulla invalidità nei ferrovieri e nelle altre categorie di lavoratori ha mostrato che la incapacità al lavoro è, nei ferrovieri, meno precoce; fanno eccezione le deficienze a carico degli organi dei sensi, però queste rappresentano, nella massima parte dei casi, non incapacità assolute, ma incapacità specifiche, in relazione con le peculiari attribuzioni degli addetti all'esercizio ferroviario. Nell'esame delle varie forme morbose dei ferrovieri gli AA. trattano anzitutto delle malattie nervose; e non dànno allo scuotimento dei treni in moto soverchia importanza etiologica nella genesi della *professionelle Maschinenkrankheit* di Riegler. Nella produzione di questa avrebbero invece maggior valore le condizioni morali e il senso di responsabilità del personale che viaggia. Per le malattie della vista ricordano come Ricchi e Benedicenti abbiano dimostrato che il lungo lavoro, specialmente in galleria, non esplica azione deleteria sulla funzione visiva. Non esistono malattie dell'udito specifiche dei ferrovieri. Sono frequenti le

malattie dell'apparato digerente e le forme reumatiche in relazione coi disordini dietetici e con le cause reumatizzanti cui i ferrovieri vanno necessariamente incontro. Confutano l'opinione di Navarre, che le scosse dei treni diano origine al diabete. Il pericolo di avvelenamento per ossido di carbonio nelle gallerie è stato soppresso con la installazione dei ventilatori e con la iniziata elettrificazione delle linee di montagna. L'abbandono dell'uso della nafta ha eliminato il pericolo dell'avvelenamento con i prodotti della combustione di questa. Le infezioni che i ferrovieri possono contrarre nel contatto col pubblico non devono venir considerate come malattie professionali; a queste infezioni si è cercato di ovviare, istituendo squadre ferroviarie di disinfezione e usando macchine spolveratrici pneumatiche. La malaria non è una malattia specifica dei ferrovieri; ma tuttavia l'Amministrazione ferroviaria ha combattuto contro questa affezione una lotta vigorosa coronata da ottimi risultati. Nella produzione dell'ernia e delle varici hanno scarso valore le scosse dei treni, mentre è invece necessaria una congenita dobolezza nella resistenza delle pareti addominali e dei vasi venosi. In complesso, eliminato l'avvelenamento per ossido di carbonio, non esistono malattie professionali vere e proprie specifiche dei ferrovieri. Le vibrazioni dei treni in moto rappresentano non certo cause determinanti, ma tutto al più concause che possono favorire lo sviluppo di forme morbose in individui deboli o predisposti, che però il Servizio sanitario ha il dovere di non assumere in seno all'azienda ferroviaria.

Nella discussione che segue alla relazione, Loriga afferma di associarsi alla opinione dei relatori, che cioè la trepidazione dei treni in moto non possa esser causa di malattia specifica, come non lo è quella, da lui studiata, dei martelli pneumatici; tuttavia la trepidazione è una causa potente di affaticamento, sicchè non si può escludere che essa abbia qualche influenza nella produzione di altre forme morbose dei ferrovieri, e specialmente delle varici e della glicosuria. Petrini sostiene la necessità e la praticabilità di forti riduzioni orarie nell'esercizio delle ferrovie dello Stato. Giglioli richiama l'attenzione sulle condizioni di salute dell'elemento femminile impiegato nelle ferrovie. Pieraccini richiede che, nel risolvere certe questioni di fisiologia e fisiopatologia del lavoro (trepidazione di macchina, orario, distribuzione del lavoro, ecc.), le ferrovie ammettano anche un rappresentante medico nominato dal personale.

Fra le comunicazioni presentate al Congresso meritano speciale considerazione quelle intorno alle assicurazioni sociali.

Devoto e Carozzi espongono un progetto di una Cassa Nazionale di assicurazione contro le malattie per gli appartenenti alle arti grafiche; progetto che viene vivamente approvato dai congressisti.

Bernacchi sostiene la necessità che si provveda alla assicurazione delle malattie professionali specifiche col sistema della lista. Ma Biondi sostiene che sia preferibile il sistema della assicurazione globare contro tutte le malattie, giacchè così non solo si provvede a un maggior numero di operai che per una causa morbosa — professionale o no — non possono bastare al loro sostentamento; ma inoltre si promuove la risurrezione igienica del paese, si risolve la questione dell'assistenza pubblica, si evitano conflitti fra le parti in contrasto. Dopo un interessante dibattito cui partecipano Petrini, Devoto, Fabbri, Loriga, Calcagno, Pieraccini, Foà, si giunge a formulare un ordine del giorno, che il Congresso approva calorosamente, affermante la necessità di prevenire, curare e risarcire le malattie professionali e quella di introdurre in Italia la assicurazione obbligatoria contro le malattie comuni.

Viene accolta con grande favore dal Congresso la comunicazione del dr. Ranelletti intorno alla iniziativa da lui presa quale vice-presidente della Associazione Nazionale dei medici condotti e già approvata dai competenti uffici governativi, di redigere cioè, a cominciare dal luglio prossimo, mediante apposita scheda, una statistica nazionale sulla morbilità e mortalità delle classi lavoratrici; statistica che potrà servire di base per la legislazione igienica del lavoro e le assicurazioni obbligatorie contro le malattie, l'invalidità, la vecchiaia. Interessante riesce anche una analisi comparativa del Fossataro fra la legge delle pensioni agli impiegati civili e militari, e la legge per gli infortuni degli operai sul lavoro.

Un notevole gruppo di comunicazioni ha avuto per oggetto il saturnismo; Cesa-Bianchi e Bezzola: le alterazioni del cuore e delle capsule surrenali nel saturnismo; Preti: il contegno dell'acido urico nel saturnismo; Allevi: le alterazioni della secrezione gastrica nella colica saturnina; Nisticò: la pressione arteriosa nella colica saturnina; Ranelletti: inchiesta sull'impiego della biacca in Roma; id.: le condizioni igieniche delle tipografie in Roma; Siccardi: la fisiopatologia dei fenomeni gastro-intestinali nel saturnismo; Rubino: osservazioni sulla gotta saturnina; Siccardi: alterazioni funzionali cardio-vascolari nel saturnismo; e finalmente una splendida relazione dell'inchiesta municipale sul pericolo saturnino nell'industria della coloritura in Genova eseguita dal prof. Rubino e dal dott. Porrini, e calorosamente applaudita dal Congresso.

Un'altra serie di comunicazioni si riferiva allo studio della fatica: Devoto: sulla valutazione dello stato del cuore negli individui che si applicano a lavori faticosi; Nissim: il volume del cuore durante e dopo il lavoro muscolare; Pieraccini: il meccanismo dello sforzo fisico nell'uomo; Poggio: reazione del cuore nella fatica e nelle emozioni; Giuffrè: sullo sforzo del cuore; Fichera: ricerca sulle tossine dell'affaticamento; Palmulli: l'adrenalina nel lavoro muscolare e intellettuale; Carito: la neurastenia da lavoro; Pampana: nevrastenia da lavoro; Perassi: l'ernia inguinale da sforzo nei militari mobilitati; Calvelle: le ernie malattie professionali.

Sull'igiene del lavoro hanno parlato: Petrini con varie comunicazioni sulle difese igieniche nell'industria del vetro nero, la necessità di porre segnali di allarme, ecc.; Ferrannini: l'azione del fosforo rosso sull'organismo; Gasparini: segnali di allarme; Versari: osservazioni sulle malattie degli operai invalidi; Cammarata: la bronchite da fumo negli zolfatai e il modo di prevenirla; M.sa Lucifero: necessità di spostare l'anno scolastico; Rubino: il limite d'eta nell'impiego dei fanciulli al lavoro agricolo; signorina Troise: della necessità di sale per refezione e per allattamento negli uffici telegrafici e telefonici.

Infine sono state presentate le seguenti comunicazioni varie sulla patologia del lavoro: Devoto: i dati più salienti della Clinica del lavoro nel suo terzo anno di vita; Boveri: reazioni meningee in talune intossicazioni croniche; Ciovini: l'anidride carbonica nell'asfissia, nel digiuno e nella rialimentazione; id.: l'azione, *in vitro*, sul biossido di carbonio dei polinucleati e dei linfociti, confrontata con quella dei globuli rossi; Porrini: intossicazioni da solventi delle vernici; Terni: infezioni di stalla nei contadini; Ottolenghi: morte improvvisa sul lavoro; B.ssa De Bonis De Nobili: di alcune malattie professionali nelle donne; Gradenigo: la sordità professionale; analisi dei suoni nelle professioni rumorose; Quarelli: disturbi professionali nei lavoratori del dinamitificio di Avigliana; Vallardi: intorno ad alcuni casi di necrosi fosforica, ecc.

Dopo che il Congresso ha approvato vari ordini del giorno sulla igiene pedagogica, la protezione della donna, ecc., il prof. Devoto saluta i Congressisti a nome della Commissione Internazionale per la patologia del lavoro della quale egli è vice-presidente; e infine il prof. Tamburini dichiara chiusi i lavori del Congresso.

Una speciale menzione merita la splendida conferenza tenuta nell'Aula Magna dell'Università dal dott. Ranelletti intorno all'opera di Bernardino Ramazzini, che può a ragione dirsi il fondatore della patologia del lavoro. V. FORLÌ.

Società medica chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche dell' aprile-maggio 1913.

Dott. **F. Franchini** (medico comprimario dell'Ospedale Maggiore). *Ancora sulle proprietà dell'urina di alcuni emoglobinurici.* — In questa seconda comunicazione il Franchini espone ulteriori sue ricerche, compiute sulla urina dell'accesso emoglobinurico date da nuovi casi occorsigli, e le divide in due serie.

La prima serie di ricerche analitiche fu compiuta su quella delle urine accessuali, la quale si presentava più ricca di emoglobina e di sostanza precipitabile a freddo con acido nitrico. Su questa sostanza espone le sue ricerche con tutti i particolari di tecnica, che qui è malagevole riassumere. Pertanto le reazioni analitiche compiute dal Franchini, lo conducono ad ammettere in modo sicuro: 1° che la sostanza proteica svelata non è albumina, ma sostanza del gruppo degli istoni; 2° che, all'infuori di questa sostanza, non è contenuta nell'urina esaminata, quantità apprezzabile di altri proteici.

La seconda serie di ricerche venne dal Franchini eseguita su una parte della mescolanza di tutte le urine dell'accesso nelle quali si poteva dimostrare pigmento sanguigno (reattivo del Meyer e guaiaco) e sostanza proteica. E qui pure il disserente riferisce i lunghi particolari della tecnica seguita, la quale lo ha condotto a dimostrare, qui pure, la presenza di notevole quantità della solita sostanza proteica (di cui alla prima serie di ricerche, vedi fasc: n. 24) e soltanto di questa.

Per modo che egli conclude di avere dimostrato per duplice via, che questa sostanza designata dagli autori coi nomi di albumina, albume, « eiweiss » e simili, ha proprietà ben diverse dall'albumina vera. Essa è precisamente il primo prodotto di scomposizione della molecola della emoglobina ed è la parte proteica di tale molecola, la globina. Il distinguerla nelle urine dalla albumina e dalla globulina è impossibile senza cautele speciali, per quanto semplici. Essa, negli accessi emoglobinurici dei malati osservati, precedeva, accompagnava e seguiva la emoglobinuria.

Considerati i casi studiati da altri, il Franchini conclude: che la globina è presente nelle urine di tutti gli accessi emoglobinurici, perchè la sua presenza è legata a quella della emoglobina; che la presenza o l'assenza di albumina e globulina non possono in simili urine essere dimostrate senza particolari accorgimenti di tecnica; che per la facilità con la quale la globina può essere scambiata con l'albumina, sarebbe deside-

rabile che nei lavori speciali e nei trattati fosse chiaramente spiegato che cosa gli autori abbiano inteso indicare con le parole di albumina, albume, « eiweiss », albuminuria e simili. Se con queste parole, invero, si è sempre sottinteso d'indicare la globina, allora è meglio usare questa come la più esatta; se si è invece voluto designare proprio l'albumina, quella delle comuni urine albuminuriche, allora è necessario sapere quali particolari di tecnica furono seguiti per isolarla. E poichè tali notizie mancano in quasi tutte le descrizioni speciali e nei trattati più autorevoli, è lecito sollevare il dubbio o di una improprietà di parole o di un vero e proprio errore.

Dott. G. **Rocchi** (assistente-incaricato di medicina operatoria alla R. Clinica chirurgica). *Sul trattamento della dura madre nella cranioresezione decompressiva.* — Parla prima sulla cranioresezione a scopo decompressivo in casi di tumore cerebrale inoperabile o non localizzato e poi discorre dei fenomeni clinici che si ritengono legati alla iperpressione cerebrale, in rapporto a quei casi. Enunciati quindi i metodi diretti a togliere l'iperpressione cerebrale, cioè la puntura, il drenaggio dei ventricoli e la cranioresezione, commenta le indicazioni e controindicazioni dei due primi. Viene infine al terzo metodo, la cranioresezione. Questa è la cura decompressiva che i più seguono, accompagnandola oppur no dal drenaggio dei ventricoli o dalla puntura lombare.

La cranioresezione si può fare in vari punti del cranio: usualmente si fa nella regione occipitale.

La cranioresezione può essere temporanea o definitiva, cioè si può lasciare o no il pezzo di osso mobilizzato: la dura madre da taluni è aperta da altri no: l'autore è del parere seguente: *quando si opera di decompressione per tumore cerebrale bisogna asportare l'osso ed aprire la dura madre.*

Ad un povero malato di tumore cerebrale che è sofferente di terribile cefalea, per vomito, per cecità, ecc., ben poca cosa sono i disturbi cerebrali dell'ernia cerebrale, se si pensa che tale ernia per sè stessa può aumentare la decompressione cerebrale. L'autore si riferisce ad ernie cerebrali semplici, non ad ernie cerebrali voluminose che possono produrre lo sfacelo della sostanza nervosa: è per impedire appunto tali ernie voluminose che l'autore propone un nuovo metodo di trattazione della dura madre.

Usualmente quando nella cranioresezione decompressiva si apre la dura madre, questa viene tagliata a croce, ad M, in modo raggiato, ecc. Janu fa un trattamento molto geniale: egli la incide tutta all'intorno nella parte superiore, lasciandola aderente solo nella parte inferiore: poi disseca nel suo margine superiore libero tanti lembettini che sutura al limite superiore della dura madre: ne risulta pertanto una specie di bisaccia.

L'autore ha sperimentato sul cadavere e su cani il seguente metodo, che spera potrà essere di qualche giovamento nell'applicazione pratica: *asporta vari lembi della dura madre in corrispondenza degli spazi intervasali e crede che facendo in questo modo si possa contenere per quanto è possibile la massa cerebrale dando ampiamente libera uscita al liquido cefalo-rachidiano.*

Dott. GUIDO M. PICCININI.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 4 aprile 1913.

Mantelli. *Proposta di un metodo per la cura operativa dell'ascite da cirrosi epatica.* — Vari metodi operativi sono stati proposti per la cura della ascite da cirrosi epatica; di questi alcuni tendono a costituire un circolo venoso collaterale che basti a scaricare il sistema della porta, altri tendono a drenare il liquido che man mano si ferma nel cavo peritoneale.

Sono l'omentopessia, la splenoplessia, l'epatopessia, la fistola d'Eck, l'anastomosi fra la vena mesenterica e la vena ovarica; il drenaggio capillare per mezzo di fili di seta, la peritoneo-safeno-anastomosi.

Tutti questi metodi presentano degli inconvenienti che sono ben conosciuti.

L'A. desidera proporre un metodo che può a suo giudizio, dare dei buoni risultati e consiste nel fare il drenaggio del liquido ascitico dal cavo peritoneale alla coscia per mezzo di un tratto di safena isolato e poi anastomizzato col peritoneo in un punto declive.

Tale metodo ha applicato in un caso di ascite da cirrosi epatica nella clinica del prof. D. Bajardi.

Si trattava di una malata degente in ospedale da otto mesi durante i quali erano state praticate 27 paracentesi con esito medio di 10 litri di liquido per ciascuna.

L'urinazione era scarsa, tanto che venivano raccolti in media da 50 a 100 cmc. di urina al giorno.

Dopo l'operazione eseguita il 28 dicembre 1912, la quantità di urina salì gradatamente a 600, 700, 1000, 1100 cmc. nelle 24 ore.

Negli ultimi tre mesi inoltre vennero eseguite solo 4 paracentesi.

Adunque il nuovo drenaggio si mantiene pervio e funziona discretamente; di ciò si ha la riprova col fatto che, dal giorno dell'operazione, si nota edema alla radice della coscia.

Con tutto questo il drenaggio non era sufficiente e ciò a cagione della gran quantità di liquido che man mano si formava e non poteva essere tutto eliminato attraverso alla piccola safena.

Perciò il 25 marzo 1913 venne praticata l'omentopessia coll'intento di ottenere un risultato più completo.

Per ora intanto rimane assodato che il drenaggio fatto nel dicembre 1912 si è mantenuto pervio e che ha funzionato tanto da aumentare l'eliminazione dell'urina da 100 a 1000 cmc. al giorno in cifre tonde. In casi meno gravi e con minore produzione di liquido probabilmente tale drenaggio potrebbe bastare.

Per la buona riuscita di esso sono necessarie essenzialmente due condizioni: l'una è che la safena deve avere un calibrò almeno discreto per assicurare un drenaggio sufficiente; l'altro che l'esecuzione dell'anastomosi safeno-peritoneale deve essere molto accurata, tanto quanto quella delle anastomosi da vaso a vaso perchè, ove la linea di sutura non risultasse dal perfetto affrontamento delle superfici endoteliali, su essa aderirebbe senza dubbio l'omento e occluderebbe così l'anastomosi.

Mantelli. *Ernia epigastrica dello stomaco.* — I pareri degli autori sulla possibilità che lo stomaco sia contenuto nelle ernie epigastriche sono ancora discordanti e nella maggior parte dei trattati si legge che nelle ernie epigastriche non è mai stato riscontrato lo stomaco.

L'A. ha avuto occasione di studiare un caso che crede perciò utile riferire.

Si trattava di un malato affetto da ernia epigastrica che, esaminato accuratamente, non rivelò alcun segno che potesse far pensare alla presenza dello stomaco nell'ernia.

All'atto operativo invece si trovò questo viscere impegnato nel sacco erniario ma non aderente. Ridotto lo stomaco non si vide nei dintorni altro viscere (l'omento e il colon trasverso erano assai bassi) che eventualmente potesse impegnarsi nel tragitto erniario. È dunque logico pensare che di quando in quando, lo stomaco vi si impegnasse in seguito ad aumenti repentini della pressione addominale il che concorderebbe col fatto che di tanto in tanto il malato andava soggetto a crisi di dolori, stiramenti, accessi di nausea e vomito,

Al momento dell'operazione è probabile che lo stomaco sia penetrato nel sacco in seguito agli sforzi violenti compiuti dal malato durante lo stadio di eccitazione cloroformica. L'A. crede di poter affermare che si trattava di ernia dello stomaco perchè questo era evidentemente l'ospite unico, se non abituale del sacco. P. SISTO.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 16 maggio 1913.

Crosti F. *Un caso di resezione ileo-colica per tubercolosi.* — Oltre il lungo tratto d'intestino asportato, presenta la ragazza operata da un mese, con un notevole miglioramento delle condizioni generali. Le alterazioni specifiche ben manifeste, anche nei gangli mesenterici, microscopicamente coi noti reperti, s'accompagnavano con leucocitosi e con marcata eosinofilia. Il soggetto era già stato nel luglio 1912 laparotomizzato; in quell'epoca non rilevossi aumento di volume del ceco, ma solo una placca sottosierosa seminata di tubercoli; i disturbi di canalizzazione insorsero solo da due mesi, dimostrando così la diffusione del processo dalla sierosa verso il lume.

La continuità intestinale fu dall'A. ristabilita coll'ileosigmoidostomia latero-laterale isoperistaltica, meglio opportuna dell'impianto sul colon trasverso, per tenersi più che sia possibile lontano dalla sede del primitivo focolaio tubercolare.

Galeazzi R. *Sui trapianti ossei.* — L'O., dopo avere messo in rilievo l'importanza della questione dei trapianti ossei, espone i risultati della esperienza da lui fatta con 12 operazioni di innesto osseo per discontinuità scheletriche, pseudoartrosi congenite ed acquisite e deformità scheletriche di varia natura.

L'illustrazione dei casi più importanti dal punto di vista pratico offre all'oratore occasione di toccare alcuni punti importanti del problema, quali, per esempio: il trapianto della cartilagine interepifisaria, l'innesto articolare ed i dettagli della tecnica. Fra i casi esposti con maggiori particolari e proiezioni meritano rilievo quelli di trapianti emiarticolari con esito positivo, che l'autore fu il primo ad esegnire, con risultato perfetto tanto dal punto di vista anatomico, che funzionale.

Zenoni C. *Gastro-duodenite oidiomicotica con peritonite da perforazione.* — In una bambina venuta a morte per peritonite acuta preceduta da una sindrome clinica ileo-tifosa, l'O. rinvenne una imponente gastrite essudativa fibrino-purulenta pseudo membranacea e nel duodeno, pure colpito dallo stesso processo, due piccole ulceri perforate. Tanto all'esame batterioscopico dell'essudato, quanto alle indagini culturali, ha trovato numerosi ifi e conidî di oidium, infiltranti la mucosa e sparsi nell'essudato peritoneale. La patogenicità dello oidium isolato risulta stabilita anche dagli esperimenti istituiti sugli animali.

Colombino C. *Dimostrazione dell'apparecchio di Roth-Dräger-Krönig per narcosi miste (ossigeno-etere-cloroformio).* C.-B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Influenza del testicolo sulla determinazione di caratteri sessuali secondari.

Le esperienze del Pézard, comunicate nella seduta del 20 novembre 1911, all'Accademia delle scienze dal Perrier, confermano l'opinione che attribuisce ormai da 10 o 12 anni la comparsa, nell'epoca della pubertà, dei caratteri sessuali secondarî al testicolo e precisamente alla glandula interstiziale sita tra i canalicoli seminiferi.

Le ricerche del Pézard sono state condotte sui gallinacei; a parità di condizioni, gli uni erano castrati prima dello sviluppo dei caratteri sessuali, gli altri erano lasciati con gli organi sessuali integri. La presenza del testicolo e più precisamente della glandula interstiziale, determinò nettamente lo sviluppo degli organi erettili (cresta, barbe), del canto, dell'istinto sessuale, dell'ardore combattivo e di qualche particolarità scheletrica.

Ma le esperienze dell'autore acquistano una grande importanza e sono nettamente decisive per la dimostrazione d'una *secrezione interna testicolare*, da lungo tempo ammessa.

Due polli sono castrati nel novembre 1909 e presentano i caratteri di capponi: dal gennaio 1910 l'uno dei due riceve due volte alla settimana, per via intraperitoneale 5 cmc. prima, 10 cmc. poi, di estratto al 10° di testicolo di porco criptorchide (è accertato che in quest'animale la glandula interstiziale è la sola sviluppata). Sotto la influenza di queste iniezioni, la cresta e le barbe s'ingrandiscono, divengono spesse, rosse, erettili; compaiono gli istinti sessuali e combattivi, il canto. Si sospendono le iniezioni nel maggio 1910: l'animale non canta più, scompaiono l'ardore sessuale e lo spirito combattivo, esso riprende a poco a poco la sua attitudine indolente di cappone mentre la cresta e le barbe avvizziscono. *t. p.*

CASISTICA.

Diagnosi della dissenteria amebica.

Il sospetto clinico di dissenteria amebica può divenire certezza soltanto dopo la dimostrazione microscopica dell'ameba dissenterica; può essere confortato da altre ricerche ausiliarie come l'eosinofilia, ecc.

Dopter (*Paris Méd.*, 14 dicembre 1912), dà i seguenti criteri ed insegnamenti per la ricerca diagnostica:

La raccolta del materiale deve esser fatta immediatamente dopo l'espulsione delle feci; queste non devono essere mescolate ad urina, che è nociva per la vitalità delle amebe; tra le parti mucose scegliere un fiocco sanguinolento.

L'esame microscopico più utile e dimostrativo è quello diretto ed immediato delle feci fresche. Il preparato si allestisce schiacciando leggermente tra due vetrini una goccia del fiocchetto mucoso. L'osservazione microscopica va praticata a piccolo ingrandimento: le amebe si presentano sotto l'aspetto di veri nidi di piccoli corpi refrangenti un po' più voluminosi dei leucociti talora, disseminate in tutto il preparato. Dopo questo esame preventivo d'orientamento con ingrandimenti più forti si volge l'attenzione sui punti sospetti; si trovano cellule di desquamazione intestinale, leucociti rari, talora frequenti se s'è capitati nel momento della rottura d'un nuovo ascesso, emazie, infusori cigliati, numerosi bacteri, amebe dissenteriche.

Queste si riconoscono per i seguenti caratteri: corpi rifrangenti del diametro di 25-30 μ sono costituiti da due parti ineguali, una oscura, di aspetto granuloso, con un nucleo rotondo, poco percettibile, eccentrico, provvisto di nucleolo, *endoplasma*; l'altra chiara periferica refrangente, ectoplasma, che diviene visibile bene solo nei movimenti dell'ameba.

L'endoplasma contiene nel suo interno elementi diversi: residui alimentari, cellulari, bacteri, talora leucociti e sopratutto emazie.

L'ameba dissenterica vivente (*Entamoeba histolytica* Schaudinn) appare mobile; tale mobilità vivace al principio si attenua a poco a poco, e cessa dopo sei o sette ore.

La mobilità è percettibile per la deformazione vivace che subisce l'ectoplasma, si forma uno pseudopodo a dito di guanto, che si ritira mentre in un punto vicino se ne forma un altro. Tali movimenti meno accentuati in corrispondenza dell'endoplasma, non riescono a farla spostare *in toto*, sicchè nessun movimento di progressione è impresso al corpo dell'ameba.

Schiacciando leggermente il vetrino, o inondando di luce il preparato si possono determinare nuovi movimenti: se l'ameba muore il suo aspetto muta, l'ectoplasma diviene difficilmente distinguibile, e tutto il parassita è costituito da un corpo unico ovale o rotondo; allungato, granuloso.

Vincent, quando le amebe siano molto scarse, consiglia un facile espediente per metterle in evidenza: sul margine del coprioggetto si deposita una goccia di soluzione acquosa di bleu di me-

tilene 1:100: immediatamente tutti gli altri elementi si colorano in bleu ad eccezione delle amebe, le quali al contrario rimangono sul principio incolori, e si distinguono per la loro tinta chiara sul fondo bleu del preparato. Dopo qualche minuto il movimento cessa, e le amebe si colorano. La prova oltre che col bleu di metilene può essere fatta anche col rosso neutro.

Oltre l'*Entamoeba histolytica*, si può trovare nelle feci la tetragena, anch'essa dissenterica, e si trova poi d'ordinario l'*Amoeba coli*, non dissenterica.

I criteri microscopici per la diagnosi differenziale sono i seguenti.

Per l'*Entamoeba tetragena* la differenza tra ecto ed endoplasma è assai netta, gli pseudopodi sono corti e larghi, il nucleo ben visibile durante la vita del parassita.

L'*Amoeba coli*, ospite banale dell'intestino, ha dimensioni quasi eguali alla dissenterica, ma è costituita da un grosso corpo protoplasmatico, senza distinzione in ecto ed endoplasma, con un nucleo rotondo ben visibile, limitato da membrane e ricco in cromatina, vacuolizzato; l'*Amoeba coli* è poco mobile, pseudopodi corti e rari.

I processi di colorazione più in uso sono il Romanowski, e il Giemsa, ma essi sono poco pratici per la dimostrazione dei parassiti.

L'inoculazione nell'animale (gatto giovane) di un frammento di feci per la via del retto produce dopo 7 od 8 giorni diarrea muco-sanguinolenta, in cui è facile rinvenire le amebe dissenteriche.

Se le feci sono vecchie (ameba cistica) si può somministrarle all'animale per bocca, la prova rettale non riesce, mentre date per via boccale, la parete cistica è disciolta dal succo gastrico e il parassita si sviluppa allora nell'intestino determinando la malattia.

L'esame del sangue del malato rivela esinofilia; l'esame del sangue deve sempre essere praticato per poter escludere od ammettere con la siero-agglutinazione una eventuale dissenteria bacillare.

:. p.

Un nuovo segno diagnostico nel tifo.

Se ne occupano Radulesco e Atanassiu (*Presse Méd.* n. 99, 1912). Consiste nel mettere in evidenza un dolore più o meno vivo al *punto cistico* ed eccezionalmente una possente difesa muscolare localizzata all'ipocondrio destro.

Per ricercarlo basta far coricare l'ammalato con le gambe stese o flesse, e farlo respirare profondamente.

Il medico, posto sempre a destra del paziente, con la mano sinistra insinuata fra la cresta iliaca e il bordo inferiore delle costole, solleva la parete addominale posteriore per far salire il fegato in avanti, con la mano destra cerca di fare avvicinere le dita al bordo del fegato premendo *dolcemente, continuamente* e *profondamente* e sempre in alto, giusto all'altezza del punto cistico.

Se il segno è positivo, l'ammalato accusa un dolore più o meno vivo all'ipocondrio destro e si ha difesa muscolare, mentre la fisonomia si contrae.

All'ipocondrio di sinistra nulla di tutto ciò.

Secondo i suddetti autori, quando i sintomi della malattia cominciano a dileguarsi, il dolore al punto cistico diviene meno accentuato, per scomparire in seguito: la scomparsa del segno indica che il paziente si incammina verso la guarigione.

Durante la convalescenza il segno è sempre assente: in caso di persistenza bisogna temere una ricaduta.

Concludendo, gli autori si dichiarano convinti:

a) che non esiste caso di febbre tifoide all'inizio della quale il segno sia assente;

b) che è un segno più precoce degli altri;

c) che è un segno anche molto frequente nel periodo di stato;

d) che sparisce sempre alla convalescenza.

In 78 osservazioni di tifoide, confermata dalla sierodiagnosi di Widal, il segno non mancò mai.

Dott. G. GENOESE.

Il cancro della valvola ileocecale.

Il Carnot e Dumont a proposito di un caso di cancro della valvola ileocecale capitato loro all'osservazione riassumono ciò che vi è di più notevole sulla sintomatologia in questione. A seconda che il tumore tenda ad invadere l'intestino tenue o il crasso, avremo una sintomatologia diversa; nel primo caso il quadro morboso sarà quello di un'occlusione intestinale cronica, nel secondo di un tumore della fossa iliaca destra.

Nella sede ileo-valvolare la forma anulare sembra la più frequente e la più caratteristica: essa provoca una stenosi in corrispondenza dell'ultima porzione del tenue e si traduce clinicamente con una sindrome d'occlusione cronica. Molto spesso si forma in seguito agli sforzi peristaltici una invaginazione della terminazione del tenue nel crasso che può dar origine ad un restringimento brusco nel caso della sindrome precedente. Alcune volte l'occlusione brusca può esser determinata da un polipo neoplastico che trascinato dal contenuto intestinale ottura improvvisamente l'orificio valvolare. Quindi il cancro ileo-valvolare è caratterizzato da un sindrome d'occlusione cronica progressiva in cui spesso intervengano sintomi d'occlusione acuta.

All'apertura dell'addome si riscontra un ileo di dimensioni talora colossali tanto da rassomigliare al colon: questo poi è retratto, talchè si ha quasi un'inversione delle dimensioni normali.

Il sintoma fondamentale dell'occlusione cronica è la stitichezza estrema e progressiva con crisi diarroiche periodiche. Il malato degli AA. rimaneva sette o otto giorni completamente senza scariche e i purganti restavano senza risultato; meglio agivano gli antispasmodici (atropina): poi verso l'ottavo o decimo giorno sopraggiungeva una diarrea molto liquida che durava due o tre giorni ed i dolori addominali cessavano completamente. Un altro sintoma pure caratteristico dell'occlusione cronica è caratterizzato dalla sindrome di Koenig, costituita da coliche dolorose accompagnate da onde peristaltiche visibili e borborigmi terminali dell'attacco colico con scomparsa della tumefazione. Un terzo sintoma caratteristico dell'occlusione cronica è il forte meteorismo spesso localizzato in un a porzione dell'addome; nel caso degli AA. era evidente il contrasto tra il rientramento della fossa iliaca destra e la ripienezza della regione situata tra il punto di Mac Burney e l'ombellico.

La palpazione del tumore iliaco è molto incostante anche perchè il meteorismo ostacola una palpazione accurata.

Secondo Keit il punto di Mac Burney corrisponde esattamente al punto d'unione dell'ileo e del cieco; una tumefazione netta a questo livello sarà certo sintomatica della lesione descritta.

I sintomi dell'ostruzione acuta che sopravvengono nel corso d'un'occlusione intestinale cronica sono caratterizzate da coliche violenti con ritenzione completa di liquidi e di gas e con formazione di vomiti fecaloidi.

Nel cancro cieco-valvolare invece il fatto che predomina è il tumore della fossa iliaca destra: la stenosi o non si forma ovvero si forma molto tardi e non è mai completa. Ad ogni modo questa forma merita un individualizzazione anatomica e clinica malgrado l'esistenza di forme intermedie.

(*Paris Médical*). P. ALESSANDRINI.

TERAPIA.

La psicoterapia razionale.

Il Dubois in una conferenza tenuta recentemente all'Associazione sanitaria milanese (*Rivista Veneta di Scienze Mediche*, 15 aprile 1913) fece rilevare che la psicoterapia da molto tempo è entrata nel linguaggio medico, ma che siamo ben lontani da una concorde concezione della metodica psicoterapica.

Attualmente tre sono gli indirizzi seguiti dalla psicoterapia, ossia:

a) la suggestione con o senza ipnosi;

b) la psico-analisi;

c) la psicoterapia per persuasione dall'O. definita « razionale ».

Il mondo è pieno di malati psichici, tormentati da mille disturbi funzionali, ed in cui l'esame somatico anche più accurato non riesce a scoprire traccia di lesione organica. Sono degli « esauriti » che devono la loro prostrazione a condizioni morali di ogni specie. Sono grandi sventure che abbattono l'organismo psichico di tali individui, molte volte si tratta di piccole contrarietà ingrandite da una fantasia malata. Ad ogni modo questi momenti emozionali si riverberano sempre sul funzionamento degli organi, non provocano solamente lagrime, ma turbano eziandio la vita vegetativa, determinando palpitazioni di cuore, disturbi dispeptici gastro-intestinali, dolori e veri stati di astenia.

Il Dubois combatte la tendenza della medicina ad individualizzare in entità distinte questa multiforme patologia psico-nervosa, notando come queste turbe si verifichino spesso sole od aggregate e diverse in epoca nello stesso individuo. Per ciò si limita a denominarli stati neurastenici, psicostenici, isterici — e di spettanza della Psichiatria — melanconici ed ipocondriaci. Infine dimostra come la psicoterapia non possa disgraziatamente applicarsi che in misura ristretta in malattie più gravi come la demenza precoce e la paranoia.

Non è che con la persuasione che si arriva a modificare le immagini mentali degli ammalati, dalle quali proviene una modificazione del sentimento che li fa agire. I nevrastenici sono spesso dei deboli dal punto di vista fisico, ma sono tali più specialmente dal punto di vista morale, non resistono alla men che minima emozione e, quando provano delle sofferenze fisiche, entrano in uno stato emotivo per cui il loro male si aggrava. Bisogna renderli fiduciosi, rincuorarli.

I psicostenici sono persone che hanno un giudizio falso delle cose, sono sempre più o meno suggestionati, più o meno perseguitati da follie e da manie assurde, sono difficili a guarire ed è in questi casi che si può constatare il trionfo di una serrata e stringente dialettica. Gli isterici sono soggetti dalla immaginazione esaltata, sono per questo riguardo simili a nature semplici quali quelle di molti poeti, i quali percepiscono in un modo troppo intenso le sensazioni diverse nate in seguito ad un'emozione, il più delle volte d'ordine sessuale. Bisogna insegnare a questi ammalati la via del buon senso e dell'attività feconda.

La guarigione dei melanconici, degli ipocondriaci può essere accelerata con cura psicotera-

pica paziente ed abile: per esercitare questa influenza su tali ammalati bisogna che il medico possieda molta bontà, un'assoluta sincerità, una pazienza instancabile, un modo chiarissimo di espressione delle proprie idee. TRAMONTI.

Cura dello stato di male epilettico.

Il bromuro di potassio è un eccellente sussidio medicamentoso nella cura dell'epilessia, ma di scarso giovamento riesce nel trattamento delle epilessie gravi ed in ispecie in quello dello stato di male. In questi casi bisogna agire con rapidità.

Ecco il metodo preconizzato da Sodicke:

Riposo assoluto, camera soleggiata, lavaggi instinali frequenti all'acqua calda, susseguiti da iniezioni rettali della seguente miscela:

Idrato di amilene	gr. 3
Tintura di strofanto 1/20 . .	gocce 10
Acqua	gr. 50

iniezioni che possono essere ripetute ogni 30-60 minuti. Dopo questo trattamento, ma solo nei casi gravi, si inietteranno nella vena mediana cefalica dopo salasso di 50-155 cmc. di sangue, da 100 a 300 cmc. della seguente soluzione alla temperatura di 38°:

Cloruro di sodio	gr. 9
Bicarbonato di sodio. . .	anagr. 0.02
Cloruro di calcio	anagr. 0.02
Clorato di potassio. . . .	anagr. 0.02
Acqua distillata	gr. 1000

L'iniezione può essere ancora praticata nella massa del gran pettorale.

Il Sodicke ha curato con tal metodo 9 casi di stato di male epilettico. Dei pazienti, 8 guarirono, ed uno solo morì per congestione polmonare. La cura si basa, in conclusione, sulla teoria tossica dell'epilessia. È difatti dimostrato che spesso avanti la comparsa dello stato di male, si sviluppano dei disturbi digestivi con costipazione ed anoressia, fatti che provano l'intensità progressiva di una intossicazione di origine digestiva.

(*Journ. des Praticiens*, 10 agosto 1912).

TR.

I fondamenti farmacologici della terapia bromica nella epilessia genuina.

Wyss, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1913, n. 8, ricorda come la somministrazione prolungata di bromuri alcalini dia luogo all'accumularsi nell'organismo di bromo, e ad una diminuzione del cloro. Quando l'impoverimento in cloro è assai spiccato possono aversi fenomeni tossici, somatici e psichici, i quali si dileguano rapidamente con l'ingestione di cloruri. Questa azione benefica dei cloruri sembra dovuta al fatto che essi facilitano la rapida eliminazione del bromo.

L'A. ritiene che, pur non potendosi considerare la cosa come nettamente dimostrata, le osservazioni cliniche e sperimentali tendano ad indicare che l'azione benefica dei bromuri negli epilettici sia dovuta essenzialmente alla declorurazione da essi prodotta. Questa declorurazione non è paragonabile a quella che può in altre guise ottenersi, giacchè la stretta parentela esistente fra gli ioni del bromo e quelli del cloro fa pensare che i primi possano, nei riguardi di alcune funzioni fisiologiche, supplire alla mancanza dei secondi.

L'A. insiste sulla necessità di tener conto, negli epilettici, non solo del bromo, ma anche dei cloruri che vengono ingeriti. Appunto nella mancanza di questa cautela andrebbe ricercata la causa della più gran parte degli insuccessi terapeutici.

V. F.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(115). *Inalazioni di balsamo del Tolù e timolo.* — Avendo ricevuto l'operetta del prof. Durante sulla cura della tubercolosi ed ivi letto che il miglior sussidio terapeutico è il jodo associato alle inalazioni di balsamo del Tolù e timolo, bramo sapere sulla posta degli abbonati come praticare dette inalazioni: se diffuse mediante vapore di acqua calda oppure con il nebulizzatore.

Tanto raccomando sapere con cortese sollecitudine avendo diversi infermi del morbo specifico.

E con perfetta osservanza mi dico

Mafalda (Campobasso).

Dott. TOMMASO RODINI, abbonato 1149.

Prescrivere le inalazioni di balsamo del Tolù e timolo mediante il nebulizzatore, associando i due medicamenti o pure somministradoli separatamente. Si aggiunga dell'alcool per rendere più solubile il timolo. Una buona formola può esser la seguente:

Timolo	gr.	2-4
Alcool	»	100
Balsamo del Tolù . . .	»	100
Acqua	»	800

p. s.

(116) *Cura della foruncolosi.* — Vengo a domandarvi consiglio. Ecco di che si tratta. Ho in cura una giovinetta di poco più di anni 16, di sana e florida costituzione, la quale, dall'estate decorsa, soffre di *foruncolosi* la cui origine debbo purtroppo riferire alla praticatale rivaccinazione.

Dopo qualche foruncolo a rari intervalli, ne ha avuta una serie continuata tra il novembre ed il gennaio, poi parve completamente guarita: ma invece di recente ne è stata e ne è di nuovo, e più gravemente, martoriata, dacchè, dopo una nuova serie di foruncoli nelle più penose località,

giace presentemente in letto per un ascesso che si va formando all'inguine accompagnato da febbre giornaliera a tipo pioemico.

Di fronte a questa recrudescenza del male sento di non potere accontentarmi della cura esterna, e della non mai abbandonata cura arsenicale interna, poichè mi preoccupo della possibilità di localizzazioni sempre più gravi, e delle gravi conseguenze di ripetute febbri pioemiche sullo stato generale, che è ancora assai buono.

Mi sono fatto quindi la domanda se non fosse da pensare ad altri interventi.

Da distinti colleghi mi è stato consigliato il vecchio lievito di birra, e l'urotropina. Per dire la verità la mia fiducia in tali medicamenti è assai limitata, mentre vado pensando alle iniezioni endovenose di sublimato, a quelle di siero antistreptococcico o antistafilococcico o anche di salvarsan.

E nel dubbio mi permetto indirizzarmi appunto a cotesta onorevole Direzione la quale vorrà sicuramente essermi cortese dei suoi lumi, tanto sulla cura da adottare, che sul metodo e sulla dose da seguire e da applicare.

Ringraziando anticipatamente

Dott. GERALBERTO BUCCOLINI.

Rispondiamo in tesi generica:

Le furuncolosi sono date da infezioni locali da stafilococco, germe che trova facile sviluppo per una predisposizione peculiare del terreno.

Le cure tentate numerose; numerosi gl'insuccessi: utile certo il *lievito di birra*, forse qualche vantaggio potrebbe dare l'*urotropina* per iniezione (2.3 gr. al giorno ½ gr. pro dose): ma il loro effetto è contrastato, certamente incostante.

Il *siero antistafilococcico* può essere tentato e talora per alcuni soggetti risponde bene, ma non può essere medicazione definitiva trattandosi di pura medicazione antitossica.

Sublimato e *salvarsan* per via endovenosa, non sono indicati; essi per nulla influenzano il decorso del foruncolo in atto, nè si mostrano capaci di evitare i successivi.

Dopo gli studi del Wright e la lunga esperienza clinica io credo che non resti che una sola terapia razionale della furuncolosi diffusa e ribelle: *la vaccinazione*.

Si rivolga a persona tecnica, e a Roma certo ve ne sono parecchie, capaci di preparare un vaccino dello stesso stipite, isolato dalla malata; l'effetto in genere dopo 3-4 iniezioni progressive di vaccino è meraviglioso e l'immunità si mantiene per qualche anno. La terapia ha dalla sua parte non solo criteri razionali ma larga esperienza coronata da successo.

l. p.

VARIA

Precetti d'igiene. — L'igiene, di cui ci si preoccupa tanto ai nostri giorni, non era sconosciuta ai nostri antenati.

In un libro scritto verso la fine del XVIII secolo su « l'arte di prolungare la vita umana » Guglielmo Hufeland — uno dei più apprezzati medici di tutti i tempi, il cui nome rimase legato ad una fiorente Società medica della Germania — formula un certo numero di precetti d'igiene assai interessanti.

Eccoli:

1° Anzitutto — egli dice — occorre una nascita felice. Questa è una condizione indispensabile. Vi sono infatti delle persone, le quali — osserva Galeno — portano sin dalla nascita una costituzione così imperfetta che neppure Esculapio riuscirebbe a far raggiungere loro l'età di sessanta anni.

Ma la nascita evidentemente è questione dei genitori, non del generato; sono essi che debbono porsi in condizioni ottime di salute prima di concepire il rampollo, e debbono avere la coscienza di astenersene allorchè sanno di avere cattiva salute (l'eugenetica, come si vede, non data da oggi).

2° Un'educazione igienica del neonato e del lattante.

3° Una gioventù attiva e laboriosa.

4° L'astinenza dai godimenti prematuri ed illegittimi dell'amore e specialmente dall'eccesso dei piaceri venerei.

5° Un matrimonio bene assortito, che procuri i piaceri puri, dia la consuetudine della temperanza, abitui al rispetto delle leggi sociali e renda, in una parola, cittadini dabbene.

6° Il sonno riparatore: tutti coloro che hanno raggiunto un'età avanzata sogliono levarsi di buon'ora, dice Hufeland.

7° Gli esercizi del corpo.

8° L'aria pura.

9° La vita campestre e il piacere del verde.

10° I viaggi.

11° La nettezza e la cura della pelle. Non fare come il palafreniere che si affatica a strigliare e spugnare il cavallo, ma non pensa a curare la pelle sua e dei suoi bambini: tanto è vero che l'uomo regola molto più igienicamente la vita degli animali, che la propria. A questo proposito Hufeland stabilisce le indicazioni della flanella. Ritiene che i bambini non dovrebbero essere abituati a portar la lana sulla pelle e che questa pratica dev'essere riservata a coloro che hanno sorpassata la metà della vita, ai temperamenti freddi, ai sedentari, agli ipocondriaci, ai convalescenti di gravi malattie, ecc.

12° La pace dell'anima, il contento, la gioia, le sensazioni gradevoli gustate con moderazione, tra cui quelle musicali meritano la preferenza.

13° L'uso ragionevole della medicina e dei medici; questi andrebbero consultati meno per averne delle ricette che per sapere lo stato della propria salute.

14° Il regime alimentare che, secondo Hufeland, è di un'estrema importanza. Egli insiste principalmente sulla necessità di moderare l'alimentazione e di non mangiare più del bisogno, come si pratica troppo spesso. Gli alimenti dovranno essere bene masticati e insalivati per essere più facilmente digeriti e assimilati; onde la necessità di avere buoni denti e di conservarli. Non studiare, nè leggere mangiando; l'ora del pasto spetta allo stomaco, non al cervello. Il ridere facilita la digestione: conviene provocarlo coi *bons mots* e tentare di avere compagni gai, giacchè il cibo, preso nella gioia, produce un sangue sano e leggero. Non muoversi troppo immediatamente dopo i pasti. Lasciare la tavola prima di essere sazi. Proporzionare il regime al lavoro che si deve fornire. Prendere i pasti ad ore fisse: quello serale sia meno abbondante e composto preferibilmente di vegetali.

Hufeland consiglia di saziare la sete ma con saggezza; non durante i pasti, affine di non diluire il succo gastrico, ma di preferenza dopo un'ora.

Questi precetti potrebbero essere sottoscritti dagli igienisti moderni. Come si vede, *nihil sub sole novi.*

(Da un articolo di Maurice Genty, in *Le Progrès Médical,* 1° marzo 1913). *L. P.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

In onore del prof. Angelo Celli nel 25° anno di insegnamento. 1 vol. in-8° gr. di pag. 832. Unione Tip.-Editrice Torinese, 1913. L. 20.

Un gruppo di studiosi, tutti legati al prof. Celli da affetto, da devozione e da comunanza di ideali scientifici, ha voluto onorare il Maestro nel modo più degno, offrendogli un volume di pregevoli lavori in occasione del suo 25° anno d'insegnamento.

Sono tutte persone di alta competenza scientifica, la quale si riflette nei lavori che hanno voluto consacrare al Maestro: lavori interessanti che trattano spesso questioni essenziali, generalmente concisi e sobri, mentre talvolta assurgono alla dignità di monografie.

Ci limitiamo ad elencarli:

Sanfelice F., Contributo allo studio della infezione e della intossicazione blastomicetica nell'uomo (con 3 tavole); Roncali D. B., Studio istologico su di un neoplasma complesso cerebrale e considerazioni generali sui vari neoplasmi complessi (con 19 tavole); Valagussa F., Sull'importanza della presenza degli ifomiceti nelle farine impiegate per l'alimentazione del bambino; Valeri G. B., Sul contenuto batterico del sale da cucina e sua reale importanza pratica per l'igiene; Grimani E., Sulla cosidetta « bronchite verminosa », Ricerche di istopatologia; Scala A., Sui composti del rame con l'albumina d'uovo; Scala A., Stato idro-colloidale della materia, reazioni colloidali e reazioni diastatiche; Polimanti O., Ricerche sulla topografia degli enzimi nel tubo gastro-intestinale dei pesci; Bonamartini G., Sulla importanza della determinazione della resistenza elettrica delle acque e sulla relazione tra questa e la quantità delle sostanze in soluzione; Nardelli G., Ricerca della chinina nel luogo d'iniezione; Baldoni A., Sulla determinazione quantitativa della chinina nelle urine e nel sangue; Alessandrini G., Sul potere battericida dei vermi intestinali; Centanni E., Sul rapporto fra la forma anafilattica e la profilattica della reazione immunitaria, con speciale riguardo all'antipiresi casuale biologica; Dr. Werner H., Ueber Salvarsan bei Malaria nebst Bemerkungen über Zälungsmethoden von Malariaparasiten; Valenti G., Profilassi oculare nell'infanzia e responsabilità dei genitori di fronte alla legge; Falcioni D., Osservazioni epidemiologiche, profilattiche e curative fatte durante la campagna antimalarica 1911; Rossi G. e Ciaccia M., Studi critici e sperimentali sui fermenti pectici anaerobici (con una tavola); Alessandrini G., Sull'azione patogena del *Gigantorhynchus gigas* (Goeze) e su alcune sue particolarità anatomiche; Levi della Vida M., Portatori ed emuntori dei germi patogeni. - Alcune osservazioni serologiche sui portatori del vibrione colerigeno; De Blasi D., Sulla presenza di emolisine secondarie nel siero di agnelli infestati con *Uncinaria cernua*; Martoglio F., Il bottone orientale in Abissinia (con una tavola); Splendore A., Un'affezione micotica con localizzazione nella mucosa della bocca, osservata in Brasile, determinata da funghi appartenenti alla tribù degli Exoascei (*Zimonema Brasiliense,* n. sp.) (con 6 tavole); Almagià M., Considerazioni sull'importanza dell'autolisi della fibrina nella polmonite; Sampietro G., Contributo allo studio delle attività biochimiche dei cosidetti « Bb. capsulati »; Fermi C., Sulla specificità delle ecto-proteasi e su diverse altre questioni riguardanti le medesime; Casa-

grandi O., I virus filtrabili vaccinico e vaioloso nella loro forma granulare. - Specificità. - Visibilità *in vivo*. - Colorabilità dei granuli (con 3 tavole colorate); Marchiafava E., Sopra l'infezione malarica perniciosa nello scorcio dell'autunno; Cacace E., Profilassi antimalarica scolastica.

Tale è il volume, in cui si trova molto materiale scientifico e l'invito a fare: supera lo scopo delle onoranze e porta un contributo notevole al sapere. T. I.

Technique clinique médicale et Séméiologie élémentaires, pubbliées sous la direction du docteur EMILE SERGENT, avec la collaboration de MM. RIBADEAU DUMAS, LIAN D'HEUCQUEVILLE, FECAROTTA, S. CHAUVET, PRUVOST, HAZARD. 1 vol. in-8° di pag. 756, con 173 fig. e 2 tav. a col. Paris, A. Maloine éditeur, 1913. Fr. 12.

In Italia non è molto sentito il difetto d'organizzazione nell'insegnamento clinico elementare. Presso molte Facoltà infatti il principiante è istradato alla clinica dai docenti di propedeutica e di semeiologia.

Difettano però buoni libri elementari e pratici che condensino tutte queste nozioni essenziali per il futuro medico; che insegnino a ricercare sistematicamente tutti i sintomi subbiettivi e obiettivi, a riconoscerli, a raggrupparli, a interpretarli.

Risponde bene allo scopo il Manuale che vede ora la luce coi tipi del Maloine. Siccome la lingua francese è molto conosciuta, esso potrà avere larga diffusione tra noi.

Vi sono consegnate le conferenze tenute ad un corso clinico elementare organizzato dal professore Sergent con la collaborazione di alcuni antichi suoi allievi.

Il libro s'indirizza sovratutto ai principianti, ma sarà utile anche ai pratici, che vi troveranno, in forma concisa e chiara, l'esposizione dei procedimenti d'esame antichi e moderni, il cui insieme costituisce ciò che si potrebbe chiamare l'arsenale dell'esplorazione clinica, tanto al letto del malato che al laboratorio, e l'esposizione pratica delle grandi sindromi morbose.

È presentato dall'alta autorità di Lucas-Championnière.

G. CICCONARDI. **Manuale di semiologia medica** (esame obbiettivo). 1 vol. in-16°, di pag. XIII-618. Milano, Società Editrice Libraria, 1913. Rilegato L. 10.

È un compito gradevole parlare di un lavoro così pienamente riuscito.

Esso contiene un'esposizione chiara e comprensiva dell'esame fisico, quale può essere eseguito senza risorse strumentali (toltine il termometro e lo stetoscopio).

Troviamo ch'esso rispecchia il genio italiano contemporaneo, in quanto è rigorosamente ordinato e ben proporzionato, euritmico in ogni sua parte.

Tutto il lavoro ha per base l'esperienza larga dell'autore come insegnante e, sovratutto, come pratico; ma ripete una copia ingente di cognizioni desunte con molta diligenza dalla letteratura: si mantiene edotto di tutte le indagini recenti.

Alla produzione italiana fa il posto che le è dovuto, con speciali riguardi a quella napoletana.

L'A. si attiene strettamente alla semiologia; non tradisce il titolo, come spesso accade; non sconfina nella diagnostica e nella clinica.

Egli ha omesso il sistema nervoso e quello muscolare, forse per non accrescere la mole del libro forse perchè rientrano nel dominio della neuropatologia; ma riteniamo che non dovrebbero essere trascurati in un esame fisico generale.

Qualche lieve lacuna nella trattazione si avverte appena e non attenua i pregi di cui è ricchissimo questo lavoro.

Non sarebbero forse state fuori di luogo alcune figure: avrebbero resa più semplice e spedita l'esposizione, per quanto questa sia già molto nitida e precisa.

Il lavoro sarà bene accetto agli studenti, cui permetterà di acquistare nozioni sicure e definite di orientamento; fornirà un ausilio prezioso ai docenti; potrà figurare sul tavolo di tutti i medici pratici, cui si raccomanda caldamente, per un bagno salutare nella semeiologia.

y.

K. BLÜMEL. **Die ambulante Therapie der Lungentuberkulose.** 1 vol. in-8° gr. di pag. X-208. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913, M. 6; rilegato M. 8.

I medici pratici non sono forse abbastanza al corrente delle risorse molteplici che la terapia odierna è in grado di opporre alla tubercolosi. Riteniamo dunque opportune le pubblicazioni riassuntive del genere che presentiamo, e deploriamo che di simili non se ne abbiano in Italia, mentre gli articoli dei giornali medici non possono che prospettare qualche lato del problema.

Il Blümel si limita alle forme ambulatorie della tubercolosi: sono quelle che reclamano e giustificano le maggiori cure.

Il lavoro comprende il trattamento igienico-dietetico, quello specifico, quello medicamentoso, quello chirurgico e il trattamento delle complicazioni più comuni. *V.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La ineleggibilità dei medici condotti a consigliere provinciale. — Malgrado una calda e convincente difesa dell'on. Comandini (dove erano i medici deputati?), la causa della eleggibilità dei medici condotti a consigliere provinciale è stata perduta dinanzi alla Camera. L'articolo 25 della legge sull'elettorato amministrativo che sancisce (e non *sacrifica* come fu stampato per errore tipografico nel passato fascicolo), la ineleggibilità dei medici condotti è stato approvato nel testo del disegno del Governo.

L'on. Giolitti ha infiorato la vittima che conduceva al sacrificio, dicendo che il ministero del medico condotto è così alto che non deve essere distratto dalle piccole cure di un Consiglio provinciale!

In verità, il risultato della nostra lotta, che oramai durava da parecchi anni, per togliere questa incapacità civile di dosso al medico condotto non poteva finire in un più completo insuccesso; la vecchia legge comunale e provinciale con la dibattuta dizione *della ineleggibilità degli impiegati amministrativi e contabili,* lasciava aperto uno spiraglio alla possibile interpretazione liberale di qualche giudice dalla mente larga; noi medici abbiamo voluto che la legge parlasse più chiaro, e il legislatore, o per lui il dittatore del momento, ci hanno chiuso senza rimedio l'uscio sul viso. Non vale cercare delle magre consolazioni e guardare fidenti al domani; le consolazioni non le avremo e il domani per i medici italiani sarà sempre più buio.

CAJUS.

Per formare una coscienza giuridica nei medici. — Ogni giorno che passa il medico si accorge quanto numerose e svariate siano le disposizioni legislative che egli deve conoscere per l'esercizio della propria professione: bene spesso egli si trova nella incertezza e non sa come comportarsi, se pure, nell'ignoranza completa della legge non incappa in vere contravvenzioni che potrebbero procurargli anche dei non lievi grattacapi.

Ond'è che ci pare giunga a proposito il seguente ordine del giorno approvato giorni sono dal Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Lucca, nel quale appunto è contemplata questa ignoranza delle leggi nella quale si trova il medico e si propone il mezzo per toglierla:

« Il Consiglio considerando che nella Facoltà medica manca qualsiasi insegnamento diretto a formare nel medico quel minimo di coscienza giuridica che è necessario nella vita sociale e più specialmente a dare una nozione sufficiente della legislazione sanitaria;

« Considerando che in modo particolare medici condotti, ufficiali sanitari, medici di porto, medici provinciali, ecc., si trovano nel dovere di osservare e applicare leggi che non si intendono agevolmente se altri competenti non le hanno insegnate;

« Considerando che il diritto sanitario è cosa così ardua e speciale che anche giuristi ben provvisti di cultura giuridica generale spesso errano nell'applicarlo;

« Dato che un insegnamento di diritto sanitario non è possibile venga impartito dal professore di medicina legale, al quale manca la necessaria competenza;

« Dato che la costituzione degli Ordini rende tanto più necessaria nei medici una nozione relativamente profonda e sufficientemente esatta di un notevole numero di principii e di disposizioni di leggi generali e speciali;

« Vista la proposta della Scuola veterinaria dell'Università di Torino per la istituzione di un corso regolare di legislazione veterinaria in sostituzione degli attuali corsi pratici di un mese riconosciuti insufficienti;

« Visto che opportunamente un insegnamento speciale di materie giuridiche è stato posto nelle Scuole d'applicazione per gl'ingegneri, nelle Scuole di agraria, nell'Istituto forestale, negli Istituti tecnici, e fino nella Scuola di perfezionamento per i maestri elementari;

« Fa voti che nelle Facoltà mediche venga istituito un insegnamento obbligatorio di materie giuridiche e

« Delibera di comunicare tale voto alla Federazione degli Ordini perchè lo prenda in esame e lo presenti alla Commissione reale per il riordinamento degli studi superiori ».

Ordine dei Medici di Roma. — Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma ha nominato una Commissione per studiare le condizioni dell'assistenza dei bambini malati nella provincia di Roma, chiamando a farne parte, sotto la presidenza del proprio presidente dott. Enrico Ballerini, i dottori Riccardo Dalla Vedova, Mario Flamini, Vincenzo Nicoletti, Giuseppe Pecori, Angelo Signorelli e Luigi Martino Spolverini.

Il Consiglio ha nominato altresì una Commissione per studiare i mezzi onde ottenere la graduale trasformazione delle condotte piene della provincia in condotte residenziali, chiamando a

farne parte, sotto la presidenza del consigliere dott. Ernesto Venere, i dottori Arnaldo Angelini (Frosinone), Carlo Angeloni (Velletri), Romolo De Maria (Viterbo), Carlo Gambarini (Civitavecchia), Arnaldo Lusignoli (Roma), Augusto Maggi (Roma), Vittorio Rainaldi (Civita Castellana), Eugenio Salatino (Roma), Giuseppe Weiss (Agro romano).

Il Consiglio ha deliberato di convocare nel prossimo mese di luglio un'adunanza generale straordinaria per giudicare il ricorso di un medico straniero contro la deliberazione del Consiglio che gli negava l'inscrizione nell'Albo.

Il Consiglio ha dovuto in questi ultimi tempi occuparsi di molti ricorsi in materia disciplinare fra i quali alcuni che involgevano interessantissime questioni di principio, contro medici imputati di krumiraggio dalle sezioni dell'Associazione nazionale dei medici condotti o da Ordini di altre provincie e giudicandoli con grande equanimità; finora solo in un caso ha trovato gli estremi per un regolare procedimento disciplinare.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3851) *Infortuni sul lavoro - Pagamento prestazioni sanitarie.* — Il Dott. P. R. da S. chiede conoscere se l'art. 149 del regolamento per gli infortuni si applichi anche quando un operaio isolato, non dipendente da impresa o società, assicuri sè stesso e, nella affermativa, da chi debbono essere sostenute le spese per i certificati intermedî e definitivi.

La legge sugli infortuni è applicabile ai casi indicati negli articoli 1 e 2 della medesima, e, cioè, sempre quando trattisi di operai *addetti* all'esercizio di determinate industrie od all'esecuzione di determinati lavori. L'operaio singolo che si assicura per conto suo non va sottoposto alle prescrizioni stabilite per le assicurazioni collettive. Il pagamento dei certificati sanitari che occorrono in somiglianti casi, deve esser fatto o dallo interessato o dalla società a seconda delle condizioni o norme contenute nella rispettiva scheda di assicurazione.

(3855) *Pensioni.* — Al Dott. E. C. da S. M. rispondiamo che liquiderà l'annua pensione di lire 1712.

(3857) *Licenze straordinarie.* — Il Dott. Uci chiede conoscere se possa un medico condotto domandare una licenza straordinaria di sei mesi per motivi di famiglia, allo scopo di assumere e prestare nel frattempo, servizio in altro comune.

Il regolamento sanitario non ammette la possibilità di domandare congedi straordinari per motivi di famiglia. Esso parla di *aspettativa per motivi di famiglia.* L'aspettativa, a differenza del congedo, porta la perdita totale dello stipendio, tranne in caso che sia chiesta per comprovati motivi di salute. Se il Comune addiviene alla concessione dell'aspettativa per ragioni di famiglia e priva l'impiegato dello stipendio, non ha diritto di inquirere su quello che nel frattempo fa l'impiegato e se egli presti servizio in altro Comune. Deve attendere che decorra il termine della aspettativa concessa, salvo dichiararlo dimissionario se non riprenda servizio in tempo opportuno.

(3865) *Cavalcatura.* — Il Dott. G. F. da R. desidera conoscere se essendo egli obbligato per capitolato a tenere la cavalcatura, e se avendo sostituito alla cavalcatura un biroccino trainato da un cavallo, sia obbligato a pagare la tassa pel veicolo, pel cavallo e pel cocchiere.

Se non ne fu legalmente esentata col capitolato non può esimersi dal pagare le tasse comunali relative al veicolo, al cavallo ed al servo. Se la tassazione Le sembra elevata o non rispondente alla specie di veicolo e di cavallo posseduti può rivolgere reclamo alla rispettiva Commissione comunale ed alla Giunta provinciale amministrativa a' termini degli articoli 117 e 119 del regolamento per la esecuzione della vigente legge comunale e provinciale.

(3866) *Pensioni.* — Al Dott. O. B. da B. rispondiamo che con 67 anni di età e 30 di servizio, liquiderà l'annua pensione di lire 2300 e che con 31 anno di servizio e 68 di età liquiderà, invece, lire 2629.

(3867) *Pensioni.* — Il Dott. G. L. da C. desidera conoscere se 12 anni di servizio non riscattabili possono valere a far raggiungere più presto il diritto alla pensione, se stabilita solamente ora la divisione della quota di stipendio rispondente al servizio dei poveri e di quella rispondente al servizio degli agiati, possa vantare il diritto alla stabilità dello stipendio ora assegnato pei poveri, e se, in caso di eventuale aumento di assegno, la maggior somma debba essere proporzionatamente divisa fra i due stipendi.

Se i dodici anni di servizio precedentemente prestati non sono riscattabili, non possono valere nemmeno per il più celere acquisto del diritto alla pensione, perchè l'articolo 7 della legge 2 dicembre 1909 parla di servizi non *riscattati*, locchè fa dedurre che deve trattarsi di servizi che potevano essere riscattati e non lo furono e non di servizi che per loro speciale natura non erano favoriti dalla facoltà del riscatto. Sulla seconda quistione diciamo che Ella, non ostante sia ora intervenuta la distinzione dello stipendio fra poveri ed agiati, abbia diritto alla stabilità sulla quota assegnata pel servizio dei poveri, giacchè la divisione, non fatta in tempo per oscitanza od

incuria della amministrazione municipale, si riporta con tutti i suoi effetti legali al giorno in cui Ella acquistava la stabilità nella carica e con essa quello dello stipendio. Il Comune è libero di assegnare ogni eventuale futuro aumento in aggiunta allo stipendio dei poveri o degli agiati o ad entrambi in proporzione.

(3868) *Infermità dell'ufficiale sanitario - Supplenza - Cura infortunati.* — Il Dott. A. B. da P. desidera conoscere se durante una lunga infermità da lui incontrata abbia diritto alla supplenza gratuita quale ufficiale sanitario e se avendo nell'ospedale da lui diretto eseguito un'operazione urgente ad uno infortunato abbia diritto al compenso stabilito per le prime immediate cure.

Agli ufficiali sanitari sono in quanto a' congedi applicabili le norme stabilite dal regolamento pei medici condotti. Se non può avvenire la sostituzione reciproca fra funzionari viciniori deve alla supplenza provvedere il Comune. Ricorra, quindi, contro il provvedimento con cui è stato privato dell'assegno durante il periodo di infermità. Per prime immediate cure, che sono a carico della impresa, si intendono quelle che si praticano *in loco* per trasportare l'infortunato in località adatta per ricevere la cura definitiva. Avendo Ella prestata la propria opera quando già l'infermo era stato trasportato nella casa di salute, nulla può pretendere dalla impresa.

(3870) *Pensioni - Medici istituti ospedalieri.* — Il Dott. V. A. P. da M. desidera conoscere quali pratiche deve espletare per iscriversi alla Cassa di previdenza pei medici condotti. Egli è medico dell'ospedale civile.

Se l'ospedale civile presso cui presta servizio possiede reddito superiore ad annue lire 5000, l'iscrizione è obbligatoria, ed avrebbe già dovuto avvenire d'ufficio. Se ha, invece, reddito inferiore a tal somma, la iscrizione è facoltativa ed Ella, per ottenerla, deve rivolgere analoga istanza all'ufficio sanitario provinciale. Otterrebbe la pensione dopo 25 anni di servizio.

(3872) *Pensioni.* — Al Dott. F. P. da C. rispondiamo che il riscatto dei sette anni e mesi otto di servizio prestati prima del 1899, epoca in cui si inscrisse alla Cassa di previdenza si opera di diritto. Ora Ella conta 20 anni di servizio. Per conseguire la pensione occorre che ne compia 24 e sei mesi. Fra cinque anni all'età di anni 58 liquiderà l'annua pensione di lire 1028.

(3873) *Assenza dalla residenza.* — Il Dott. M. L. da K. desidera conoscere se può allontanarsi spesso dalla propria residenza per recarsi a scopo professionale in una frazione distante un dieci chilometri e se il Comune facendone espresso divieto nel capitolato incorra nel reato previsto dall'articolo 145 del Codice penale.

Il medico condotto non può allontanarsi dalla propria residenza, tranne durante il tempo del congedo ordinario. Riteniamo giustificate le rimostranze che nell'interesse del pubblico servizio all'uopo fa l'amministrazione municipale. Se in occasione della revisione del vigente capitolato fosse ribadito il divieto dell'allontanamento ad alcuna sanzione penale potrebbe soggiacere l'amministrazione stessa che nel fatto si avvarrebbe di un diritto derivante dall'obbligo di garentire convenientemente gli interessi della collettività.

(3874) *Pensioni.* — Al Dott. N. M. da C. rispondiamo che potrebbe iscriversi alla Cassa di previdenza in base all'articolo 14 della legge 11 dicembre 1910, pagando entro cinque anni una somma che si aggira fra le cinque o sei mila lire. Liquiderebbe la pensione su 20 anni di servizio, e, cioè, la somma annua di lire 1122. Deve rivolgere analoga domanda all'ufficio sanitario provinciale.

(3875) *Pensioni.* — Al dott. E. C. da S. C. rispondiamo che ben volentieri faremo la chiesta liquidazione di pensione se riprodurrà integralmente il quesito con la indicazione, fra le condizioni personali, dell'età che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(3876) *Cura delle famiglie dei coatti.* — Il Dottore A. T. da V. desidera conoscere se egli avendo l'obbligo di curare gratuitamente tutti gli individui *nati in loco* sia tenuto a prestare la propria assistenza alle famiglie dei coatti e che hanno il permesso di convivere con i rispettivi congiunti.

Stando a quanto dispone il capitolato non ha alcun obbligo di provvedere alla cura delle famiglie dei coatti che hanno il permesso di convivere con i loro congiunti. Trattandosi di un fatto non isolato ma generale o si dovrebbe provvedere con analoga modifica di capitolato con relativo aumento di assegno pel sanitario o con convenzione speciale col Ministero dell'Interno ad iniziativa dei Comune. Qualora la modifica del capitolato fosse fatta senza il rispettivo aumento di stipendio potrebbe Ella richiederlo di ufficio ricorrendo alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(3879) *Pensioni.* — Il dott. A. S. da R. chiede conoscere se può chiedere ora il riscatto di tre anni di servizio prestati prima della sua iscrizione alla Cassa di previdenza e se al pagamento del premio di riscatto possa essere destinata la maggior somma di contributi versata per soli cinque anni.

Essendosi Ella iscritto alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione ha diritto al riscatto

gratuito dei tre anni di servizio precedentemente prestati. Tale riscatto può aver luogo anche all'atto del collocamento a riposo allegando le relative deliberazioni di nomina. Il maggior contributo versato non può essere adibito a scopo diverso di quello fissato dalla legge e, cioè, alla capitalizzazione per rendita vitalizia od alla integrale restituzione alla cessazione del servizio.

(3880) *Dimissioni - Boicottamento della condotta - Rifusione di danni - Concorso - Obbligo di esservi almeno due concorrenti.* — Il Dott. F. V. da S. P. B. chiede conoscere se sia giustificata una azione per danni iniziata contro di lui dal Comune per essersi dimesso dalla carica di medico condotto, in seguito di che il concorso fu boicottato, e se possa essere richiesto per la validità del nuovo concorso la presenza di almeno due concorrenti.

L'azione che intende promuovere il Comune non è ammissibile giacchè ogni funzionario è sempre libero di dimettersi dalla carica che riveste, rispettando, s'intende, le condizioni all'uopo prestabilite dal rispettivo regolamento. È libero il Comune di stabilire come condizione nel bando di concorso che questo debba ritenersi deserto se non vi prendano parte almeno due concorrenti. La giurisprudenza non si oppone alla apposizione di tale condizione perchè essa non si è occupato di ciò ma ha ritenuto invece che non possa essere dichiarato deserto il concorso cui, in mancanza di esplicita dichiarazione contraria, avesse preso parte un solo concorrente.

(3881) *Pensioni.* — Al Dott. A. Z. da S. G. d. C. Avendo aderito alla Cassa pensioni prima del 1909 possono essere riscattati i due anni di servizio utile di condotta, prestati prima della entrata in vigore della legge sulla Cassa di previdenza. Potrà andare in pensione fra altri 9 anni con 25 anni di servizio e 58 di età. Riceverà annue lire 1028; con 26 anni lire 1146 e con 30 anni lire 1806.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALPIGNANO (*Torino*). — Medico chirurgo; L. 1500, L. 150 quale uff. sanit. e L. 200 dall'Opera Pia Arpino. Scad. 30 giugno.

AMELIA (*Perugia*). — Condotta di Porchiano; L. 2400 pei poveri, L. 400 per gli abbienti; alloggio, cavalc. a carico del Comune pei poveri, a carico dei richiedenti pei non poveri, 2 sessenni su L. 2400. Scad. 10 luglio.

ASTI (*Alessandria*). — Condotta per Bricco Fassio; L. 1800, L. 200 per supplenza e 4 sessenni. Scad. 30 giugno.

BARISARDO (*Cagliari*). — Condotta piena; 3089 abitanti circa, del consorzio con Loceri; L. 3700. Scad. 30 giugno.

BORGO A MOZZANO (*Lucca*). — Due condotte residenziali; L. 2500 lorde e 4 sessenni; 3800 abit. circa ciasc. e 120 famiglie povere; non più di 35 anni. Scad. 7 luglio.

BORGOMASINO (*Torino*). — Condotto e uff. sanitario consorziale con Maglione; L. 2000 compreso l'alloggio (valutato L. 95) e L. 200 per supplenza, cura 60 poveri circa, visita giornaliera a Maglione distante km. 2 circa. Scad. 15 luglio.

BUDRIO (*Bologna*). — 6ª condotta per Vedriana, (in pianura); L. 3000 lorde, 4 sessenni, L. 800 per cavalc. e L. 150 per ambulatorio; poveri iscritti 1264. Scad. 30 giugno.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CASALNOCETO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 5000 lorde e L. 500 quale uff. san. Scad. 25 giugno.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Condotta piena per Vetulonia; L. 3000 lorde e 2 sessenni; ab. 885; L. 200 per arm. farm. e L. 50 se il sanitario ne provvederà il locale. Scad. 30 giug.

CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illuminazione e riscaldamento. Scad. 31 luglio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotto U. S.; L. 1800 pei poveri e L. 200 per mese congedo. Scad. 31 luglio.

CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988; L. 3225 con due sesenni e L. 100 per supplenza al collega; diritto al mezzo di trasporto per distanze superiori ad 1 km. dal paese. Scad. 2 luglio.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Condotta; ab. 690 al centro e 594 nelle frazioni; L. 3400 lorde. Servizio entro 15 giorni dalla partecip. di nom. Scad. 10 luglio.

* COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta; L. 3000 poveri e L. 1500 abbienti, 4 sessenni, L. 100 finchè disimpegnerà carica uff. san., L. 600 per cavalc. e L. 200 calcolate per fitto di conveniente alloggio, ovvero in numerario, assicurazione L. 40. Scad. 30 giug.

*DESULO (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 5000 nette e L. 200 per arm. farm. Proroga al 30 giugno.

DOMUSDEMARIA (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 2687.50 e se accettato, con sua domanda, dal Ministero della Marina, medico del semaforo Capo Spartivento. Scad. 30 giugno.

ERBEZZO (*Verona*). — Condotta piena; L. 4450 e L. 500 per arm. farm., 1 sessennio. Scadenza 15 luglio.

*FOSSOMBRONE (*Pesaro Urbino*). — Condotta chirurgica primaria; L. 4500 lorde e 3 sessenni, L. 500 dalla Congreg. di carità quale direttore dell'ospedale e L. 200 pel congedo annuo, cura piena, non più di 40 anni.

Condotta sanitaria di Gaifa; L. 3200 lorde e 3

sessenni, L. 700 per cav. e L. 200 per congedo, cura piena.
Scad. 1 lug.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Al 30 luglio condotta a piena cura; ab. 2500; L. 2400 pei poveri e L. 1000 per la generalità, lorde; L. 800 pel cavallo; assicuraz. Servizio entro 15 giorni dalla comunicaz. di nomina.

GENOVA. *Deputazione provinciale*. — Medico alienista assistente nel manicomio di Cogoleto. Presentare entro il 26 giugno, ore 12, la domanda con i documenti di rito. Vedi fasc. 24.

LACONI (*Cagliari*). — Condotta interinale per la generalità; L 300 mensili fino al 31 dic. 1913. Rivolgersi al Sindaco. Scad. 30 giug.

*MONTEGRIMANO (*Pesaro*). — Condotta; L. 4500 lorde e 3 sessenni, serv. uff. sanit., arm. farm. obbl. cav., ab. 3036. Scad. 30 giugno.

MONTEVIALE (*Vicenza*). — Condotta consorziale; L. 4800 e L. 200 se uff. san, con due sessenni, lorde di R M.; abitazione Ab. 2350. Si richiede l'iscrizione in un Ordine. Scad. 10 luglio.

MOTTA SAN GIOVANNI (*Reggio Calabria*). — Condotta pei soli poveri di Lazzaro; lorde L. 1500, aumentabili di un decimo ogni sessennio. Obbligo di gestire l'arm. farm., se verrà istituito. Scadenza 3 luglio.

NOGAROLE VICENTINO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 lorde e alloggio, esonero cav., ab. 1500 circa. Scad 25 giugno.

NOVA SIRI (*Potenza*). — Ab. 2294. L. 1950 nette, cura piena, sussidio governativo antimalarico. Scad. 30 giugno.

OVINDOLI (*Aquila*). — Condotta; L. 3000 pei poveri, L. 500 per gli abb., L. 100 quale uff. s., L. 200 per cav., L. 300 rinunziando al mese di congedo, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni dalla partecip. di nomina. Scad. 30 giugno.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Assistente; L. 1400 lorde; stanza; medaglia di presenza di L. 5 per ogni servizio di guardia. Nomina e conferma biennali. Scad. 30 giugno.

PELLIO (*Como*). — Condotta piena del consorzio con Laino ed Intelvi; L. 3240 aument., L. 50 quale uff. sanit., abit. 1500. Scad. 10 luglio.

PIANDIMELETO (*Pesaro Urbino*). — Condotta consortile del 1° reparto; L. 3300, cura piena, due sessenni di L. 300, L. 200 se uff. san. e L. 137.50 per supplenza reciproca tra i due medici. Non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 30 giug.

PIMONTE (*Napoli*). *Congregazione di carità*. — Condotta piena; L. 2000 nette di R. M., delle quali L. 300 per gli abbienti, L. 100 per i servizi vaccinici e necroscopici, oltre L. 200 lorde di R. M. quale uff. san. Rivolgersi alla Presidenza. Età massima 55 anni. Scad. 30 giugno.

RANZANICO (*Bergamo*). — Condotta con Bianzano; ab. 1602; L. 3250, oltre L. 200 d'indennità alloggio, con tre sessenni. Scad. 30 giug.

*REGGELLO (*Firenze*). — 4ª condotta; L. 3000 e 3 sessenni, L. 500 per cav., cura piena, ab. 3600. Scad. 27 giugno.

REGGIO NELL'EMILIA. *R. Prefettura*. — Secondo medico assistente presso il Manicomio giudiziario; L. 1200; titoli. Età massima 40 anni. Rivolgersi alla segreteria della Deputazione. Chiedere l'avviso. Scad. 30 giug.

ROBBIATE (*Milano*). — Per accordi con l'Associazione N. M. C. è riaperto il concorso al posto di medico L. 3750. Scad. 10 luglio.

ROCHETTA (*Alessandria*). — A tutto 25 giugno condotta consorziale; L. 1500 lorde pei poveri (100 approssimativamente) e L. 200 per le mansioni di uff. san., senza obb. cav. Servizio entro 15 giorni dalla nomina.

ROMA. *Ministero dell'interno. Direzione della Sanità pubblica*. — Due assistenti laureati in medicina e chirurgia presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità pubblica; L. 3000. Scad. 31 luglio.

*SCALDASOLE (*Pavia*). — Condotta per 1200 abitanti circa; L. 3250 aument. Scad. 30 giugno.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni*. — Medico primario al Manicomio di S. Nicolò; L. 4000 lorde e quattro quinquenni del decimo. Età massima 35 anni. — Medico ordinario di sezione (assistente); L. 2900 lorde, quattro quinquenni del decimo. Età massima 30 anni. — Chiedere avviso. Scad. ore 16 del 10 luglio.

SIURGUS (*Cagliari*). — Consorzio con Donigala; L. 4200 nette compreso compenso arm. farm., abitanti 1900. Scad. 30 giug.

*SONNINO (*Roma*). — Condotta piena per la parrocchia di San Michele Arcangelo; L. 3783 e 2 sessenni, obbligo supplenza con l'altro medico mediante retribuzione metà proprio assegno. Scadenza 25 giugno.

*SPINADESCO (*Cremona*). — Condotto pei poveri; L. 3000 e L. 200 per uff. san. Scadenza 30 giugno.

TOLFA (*Roma*). — Seconda condotta; L. 4300, esonero cavalc.; congedo due mesi. Scad. 30 giug.

TORNACO (*Novara*). — Medico; L. 4000 lorde, alloggio e luce, indennità mondarisi; ab. 2080. Scad. 10 luglio.

TRICASE (*Lecce*). — Medico chirurgo 2° riparto, per la generalità; L. 2700 e 3 sessenni. Scadenza 30 giugno.

TRIPI (*Messina*). — A tutto il 24 luglio è aperto il concorso al posto di medico condotto in annue lire 1600. Chiedere informazioni al Sindaco.

URI (*Sassari*). — Condotta piena; L. 3500 nette aument. a L. 4000 con la stabilità. Scad. 30 giug.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Condotta piena; lire 2850, L. 300 quale uff. san. e servizio necroscopico, L. 150 per arm. farm. Abit. 1459. Probabilità servizio Miniera Montezippini. Scad. 30 giug.

* VALMONTONE (*Roma*). — L. 1800 pei poveri, L. 1200 per gli abbienti e L. 100 pel carcere. Scadenza 30 giugno.

VENEZIA. *Istituto Provinciale degli Esposti*. — Medico assistente: L. 1500 lorde di R. M. e alloggio personale. Età massima 30 anni. Scad. 30 giugno.

VENEZIA. *Ospedale civile*. — Assistente di 1ª classe per la Divisione di Dermosifilopatia, L. 1500 lorde e alloggio nell'Istituto, non più di 35 anni, ser-

vizio per 4 anni presso ospedali, cliniche universitarie o condotte. Rivolgersi al Protocollo dell'ospedale. Scad. ore 17 del 30 giugno.

VERGATO (*Bologna*). — Condotta di Cereglio; L. 4400 lorde per tutti i servizi obbligatori. obbl. cav. e residenza in Cereglio, 3 sessenni di L. 300; ab. 2250 circa. Scad. 30 giugno.

Cercasi interinato solo servizio urbano, biennio assistentato ospedale. Scrivere Farmacia De Caro, Corso Umberto, 460, Roma.

Medico-chirurgo condotto effettivo, 35enne, cerca interinato per giorni 10 a condizioni da convenirsi. Scrivere. Dott. Guido Demi, Caprese (Arezzo).

Giovane medico, ufficiale sanitario, prestasi subito per interinato o supplenza. Inviare offerte Tessera Touring 172024. Fermo posta - Torino.

Medico-chirurgo con lunga pratica e ottimi certificati, accetterebbe interinato in condotta di montagna dal 1° agosto p. v. Scrivere dott. A. Veneziani. - Castiglione 95, Bologna.

Medico-chirurgo, giovane, pratico condotta, biennio ospedale, occuperebbesi interino ovunque, preferibilmente in montagna. — Scrivere Tessera Ferroviaria n. 11572.6 Posta - Venezia.

Medico-chirurgo-ostetrico giovane, pratica ospedaliera e condotta, fornito di ottimi attestati, cerca buon interinato, anche per lungo tempo, dovunque. — Scrivere: Dott. Luigi Cavallo, S. Mango Piemonte (Salerno).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Magenta (Milano), Frontale Ficano (Macerata), Breganze e Torrebelvicino (Vicenza), Valmontone (Roma), Ozieri (Sassari).

Revoca di diffide: Formignana (Ferrara), Occhiobello (Rovigo), Robbiate (Como).

Ci si comunica:

E' diffidato il concorso alla 2a condotta medico-chirurgica di Morolo, perchè aperto a cura piena, a stipendio di sole L. 2500 annue e con supplenza gratuita reciproca.

Dott. ARNALDO ANGELINI
presidente Ass. sanit. regionale.

Le sarò grato se Ella vorrà avere la cortesia di iscrivere il concorso alla condotta di Chianciano (Siena) nella rubrica dei concorsi diffidati secondo la deliberazione di questa Sezione.

Per il presidente
della Sezione di Montepulciano dell'A. N. M. C.
Dott. MANFREDI NARDI.

TORINO. *R. Accademia Medica*: Premio Riberi di L. 20.000. Lavoro scientifico da cui sia conseguito un notevole progresso nelle scienze mediche. Scadenza 31 dicembre 1916.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie in Inghilterra (*).

L'organizzazione sanitaria che vige nell'Inghilterra da alcuni mesi — proclamata la più grande riforma sociale attuata in questo paese durante gli ultimi decenni — si dimostra alquanto farraginosa e solleva difficoltà d'ogni genere e controversie animate. Si direbbe ch'essa rifletta il carattere litigioso e intollerante di chi l'ha ideata, il cancelliere Lloyd George.

Noi ci proponiamo di prenderne rapidamente in esame i risultati nei riguardi degli assicurati, degli ospedali e dei medici.

***

Il nuovo ordinamento era entrato in vigore sin dalla metà dello scorso anno. Gli assicurati però hanno cominciato a risentirne i primi benefizi tangibili solo a partire dal 15 gennaio 1913.

Durante questo lungo periodo essi hanno dovuto pagare i loro « premi » senza nulla ricevere in cambio, salvo il trattamento dei tubercolosi in sanatori *ad hoc*, ciò che il gran pubblico non vedeva.

Ma poi gli esempi quotidiani dei benefizi derivanti dall'assicurazione hanno fugato rapidamente i pregiudizi creati dal partito conservatore, che è quanto dire da ricchi proprietari, industriali, commercianti e professionisti.

Dodici milioni di assicurati acquistano ormai regolarmente e abbastanza volentieri i « bollini » per l'assicurazione, poichè sanno che questo tenue sacrifizio varrà loro l'assistenza gratuita medico-farmaceutica e ospedaliera e l'assegnazione dei sussidi.

Dalla generalità dei cittadini inglesi non sono più paventate, come un tempo, le conseguenze economiche delle malattie. — Anzi a più riprese è stato avanzato il sospetto che la nuova legge possa trasformare l'Inghilterra in una « nazione di semi-invalidi », paragonabile alla Germania ove si moltiplicano in modo allarmante i simulatori e, sovratutto, i nevrastenici introspettivi, i cui « nervi » guarirebbero se continuasse il bisogno impellente di lavorare.

Già si manifestano vive preoccupazioni in questo senso. Ma si cerca di avvistare i rimedi atti a infrenare l'arrendevolezza o la complicità dei medici, i quali fomentano troppo facilmente la simulazione dolosa (ad esempio fanno assegnare i sussidi di malattia a chi sta bene e lavora a domicilio), e, più ancora, atti a correggere la tendenza di molti assicurati al « valetudinarismo », il quale costituisce un male molto più esteso e grave e insidioso della simulazione cosciente.

(*) Vedi fascicoli 16 e 18.

***

Che ne sarà degli ospedali?

Il nuovo regime ne ha temporaneamente perturbata la vita economica.

Infatti essi erano mantenuti in gran parte dalla beneficenza privata; ma ora i ricchi signori sono stati tassati per l'assicurazione e, naturalmente, non vogliono saperne di contribuire due volte, per due vie, a sostenere gli ospedali.

Questi dunque ricevono dei contributi sempre meno cospicui. Un esempio se n'ebbe alla recente cerimonia per l'anniversario dell'Ospedale Italiano, durante la quale venne comunicata la lettera giunta allora di un sottoscrittore che riduceva di quasi nove decimi il suo contributo.

Come se ciò non bastasse, gli ospedali sono stati tassati, affine di assicurare il loro personale d'amministrazione, d'infermeria e di servizio. Eppure non ce n'era alcun bisogno, poichè questo personale veniva già curato gratuitamente. Nell'insieme gli ospedali (eccettuati quelli dell'Irlanda) dovranno versare, per questo titolo, un milione e mezzo ogni anno al fondo per l'assicurazione.

La nuova organizzazione sanitaria, assottigliando indirettamente gl'introiti degli ospedali e aumentandone gli esiti, ne rendeva insostenibile la posizione economica la quale già prima era difficile.

Per fronteggiare la situazione le amministrazioni ospedaliere hanno dovuto attingere ai fondi dell'assicurazione.

Il nuovo assetto economico degli ospedali va compiendosi in modo naturalissimo. Infatti le amministrazioni ospedaliere erano state sempre liberali nell'accettazione dei pazienti; esse estendevano l'assistenza gratuita o semi-gratuita alle famiglie le cui risorse economiche non lasciavano margine bastevole per corrispondere gli onorari del medico durante una lunga malattia ovvero quelli, sempre elevati, del chirurgo e dello specialista. Ora invece le amministrazioni degli ospedali ricusano di accogliere gratuitamente o semi-gratuitamente gli assicurati, ai quali deve provvedere il Governo.

Il risultato è che scompaiono gli ospedali privati, i « voluntary hospitals »; o, per dire meglio, essi rivestono funzioni prevalentemente statali.

Viene così eliminato il carattere di beneficenza che era stato assunto dall'ospedalizzazione e vi subentra l'esercizio di un diritto da parte degli assicurati e di un dovere da parte dello Stato. L'assistenza ospedaliera intesa cone una carità viene sorpassata.

Intanto gli ospedali rispondono sempre meglio al loro compito.

Infatti molti pazienti, piuttosto che forzarne le porte, preferiscono oggi di curarsi a domicilio, avvalendosi del tenue sussidio loro assegnato. Così gli ospedali tendono a ricoverare i soli casi gravi o difficili e veramente « ospedalizzabili », pei quali sono indicate le più complesse risorse diagnostiche, profilattiche e curative odierne, che non possono certamente essere a portata del medico privato.

Gli ambulatori annessi agli ospedali divengono semi-deserti. Un tempo essi erano oltremodo affollati; vi si recavano persino dei benestanti i quali in realtà avrebbero potuto pagare la visita medica. Ora invece molti malati preferiscono di farsi curare dal loro medico d'assicurazione; e quelli che, seguendo la consuetudine, si recano ancora negli ambulatori, vengono spesso rinviati dai medici addettivi, i quali esigono un attestato del medico d'assicurazione comprovante come si tratti di un caso adatto per l'ospedale.

Così agli esami diagnostici superficiali e manchevolissimi, alle cure affrettate e mal fatte dell'ambulatorio gratuito, vanno sostituendosi forme d'assistenza più dignitose, più accette ai pazienti, più efficaci e più razionali. L'ambulatorio ospedaliero ha fatto il suo tempo.

***

Molte prevenzioni dei medici contro la nuova legge sono cadute.

Oggi i medici riconoscono che il governo liberale di Asquith e George non intendeva di sopraffarne la classe.

Un solo grave inconveniente, emerso nell'applicazione della legge, ha destato unanimi e vivaci proteste da parte dei medici: il lavoro d'ufficio loro imposto è stato esorbitante, è andato molto al di là dei limiti del prevedibile e del ragionevole. Ma si tratta di una caratteristica comune a tutti gli organismi governativi.

Sin dai primi giorni gli assicurati facevano ressa alle abitazioni dei medici di loro scelta, per averne firmate le « tessere rosse » fornite loro dal governo.

Intanto le visite si addensavano. Esse importavano molto sciupio di tempo sovratutto in causa dei formalismi: anche volendo prescrivere un po' di bicarbonato di soda il medico doveva riempire dei moduli in triplice esemplare, segnandovi nome, cognome, sesso, età, occupazione, malattia del paziente; una copia restava al medico, una andava al farmacista, la terza passava all'ufficio di statistica. È vero che si poteva far uso di carta copiativa, ma spesso le copie venivano male ed era necessario rivederle o rifarle. La registrazione delle visite compiute impegnava spesso i medici sino alle ore piccole del mattino.

In tali condizioni i medici perdevano la testa. Il lavoro burocratico rendeva quello professionale deficiente.

Un caso doloroso occorso a Londra venne a documentare queste condizioni di fatto e destò molto allarme nel pubblico: il 20 gennaio mentre era massima la congestione di lavoro un medico delle assicurazioni, il dott. G. Blacke Hichson, curò come indigestione un'ernia strozzata. Il paziente fu poi portato all'ospedale ma troppo tardi per esservi utilmente operato. Al processo il medico si difese dichiarando che il lavoro di scritturazione non gli aveva lasciato il tempo necessario per compiere un esame coscienzioso. Il tribunale accolse questa tesi; con il rude linguaggio della magistratura anglo-sassone, la sentenza dichiara che il lavoro formale imposto dalla legge a quel medico era stato « scandaloso ».

Si è già cominciato a semplificare questa procedura complicata e assurda. Il prossimo « bill » di emendamento, ora in preparazione, conterrà certo delle norme precise al riguardo.

Alcuni inconvenienti, del resto, sono venuti eliminandosi automaticamente. Ad esempio in principio gli assicurati si recavano a farsi visitare dal medico di loro scelta solo per conoscerlo davvicino e rendersi bene edotti del nuovo stato di cose: ma una volta soddisfatta la loro curiosità, non vi tornano se non sono sollecitati da un motivo reale. Così le visite sono andate diradandosi.

La crisi è superata.

***

La legge ha lasciato liberi i comitati locali di regolare le modalità dei compensi da assegnare ai medici.

In molte località è stato scelto il sistema della capitazione, cioè i medici vengono retribuiti proporzionalmente al numero degli assicuratisi iscritti presso ciascuno di essi. Ne risulta una distribuzione assai ineguale dei compensi: molti e molti medici vantano al loro attivo oltre 1000 iscritti, ciò che porta loro un benefizio netto di oltre 10,000 lire all'anno, senza contare che conservano buona parte della clientela pagante; altri invece hanno un numero ristretto e talvolta esiguo di assicurati. Ma, nell'insieme, sono pochi gli scontenti.

Una grave difficoltà incontrata nell'applicazione di questo sistema risiede nel numero esorbitante di assicurati iscrittisi presso taluni medici.

Prendiamo l'esempio di Londra: 93 medici hanno raccolto da 1500 a 2000 iscritti; 18 da 2 a 3000; 20 da 3 a 4000; 3 da 4 a 5000; 3 da 5 a 7000.

Questi medici favoriti realizzano dei guadagni ingenti; ma si trovano spesso nella impossibilità materiale di accudire ad una clientela troppo estesa: onde la loro assistenza diviene un'irrisione e talvolta un delitto.

Non c'è da meravigliarsi se al Comitato di Londra sono state rimesse tre attestazioni firmate da uno di questi medici in voga, concernenti uno stesso assicurato il quale nel corso di una settimana avrebbe cambiato tre volte la natura della malattia! Ciò dimostra con quanta fretta e superficialità quel paziente sia stato esaminato.

Alcuni di tali medici molto accreditati hanno aperto due o tre ambulatori, in ciascuno dei quali fanno una breve capatina ogni giorno. Nelle altre ore è assai difficile trovarli. All'ingresso delle loro abitazioni o dei loro ambulatori i pazienti si affollano talvolta come ad una *première*; nell'anticamera sono costretti ad attendere per ore il loro turno.

Si pensa di poter eliminare questi inconvenienti limitando il numero delle iscrizioni consentite a ciascun medico. Alcuni comitati, come quello di Londra, propongono un massimo di 2000 iscrizioni; altri scenderebbero sotto il migliaio.

Evidentemente gli assicurati sottratti a un medico andrebbero distribuiti tra i colleghi meno fortunati; ma quale criterio si adotterebbe per la distribuzione? E in questo modo ove andrebbe a finire la « libera scelta » — tanto decantata — del medico da parte del paziente?

Abolendo la libera scelta anche i medici meno apprezzati e meno desiderati avrebbero la loro quota di pazienti. Ma in questo modo i medici delle assicurazioni tenderebbero a divenire dei funzionari, ciò che nelle intenzioni primitive del legislatore era da evitare.

Intanto alcuni medici con ricca clientela privata hanno già proposto di limitare in modo notevolissimo il numero delle loro iscrizioni.

Viceversa altri medici hanno organizzato la « caccia alle iscrizioni », sia direttamente, sia per mezzo di speciali agenzie. Il Comitato medico centrale ha minacciato di adottare gravi misure disciplinari — come le radiazione dalle liste — contro i medici che si rendono responsabili di questo indecoroso « canvassing » e « touting » dei pazienti.

Una questione impreveduta consiste nel determinare come debbano essere ripartite tra i medici le « capitazioni » di quegli assicurati che non hanno scelto il loro medico.

Si tratta per lo più di persone in perfetta salute, mentre i malati o coloro che temevano di diventarlo sono stati previdenti. Si tratta d'impiegati i quali percepiscono un discreto stipendio, i quali, costretti dalla legge a pagare la quota d'assicurazione, hanno però continuato a valersi del loro antico medico di famiglia. E così via.

Così a Londra nel primo trimestre di applicazione della legge sono mancate 400,000 iscrizioni, ciò che ha portato circa un milione, collettivamente, ai medici dell'assicurazione, i quali non sanno come ripartirselo.

Alcuni propongono che l'« allocazione dei residui » sia fatta in ragione del numero di assicurati iscrittisi presso ciascun medico; altri la vorrebbero proporzionata al numero delle visite; altri preferirebbero un limite massimo; e così via.

Si è imbarazzati per eccesso di fondi.

***

In certi distretti è stato adottato il criterio della rimunerazione fissa.

Ecco ad esempio come sarebbe stato risolto il problema a Bradford.

Questa città annovera 290,540 abitanti, di cui un terzo traggono benefizio dalla legge per sé e le famiglie.

È stato costituito un corpo di 50 medici di quartiere, ciascuno dei quali ha in cura 2000 assicurati e riceve 12,500 lire it. all'anno: complessivamente sono 625,000 lire, ciò che corrisponde ad una capitazione di 6.25 lire, quasi esattamente quella asssegnata in origine dalla legge di Lloyd George.

Di più si è provveduto alla nomina di un medico ispettore, arbitro e consulente, il quale riceve 30,000 lire. Infine tre specialisti sono stipendiati con 25,000 lire.

Il servizio medico viene così a costare 730,000 lire. Restano ancora disponibili 150,000 lire sulle somme all'uopo destinate: questa somma residuale viene impiegata per sussidiare un corpo d'infermiere che vanno a curare, su ordine dei medici, i malati gravi a domicilio.

Ai medici dell'assicurazione stipendiati è fatto l'obbligo di rinunziare alla clientela privata; dunque ai medici privati resta buona parte della cittadinanza abbiente.

V'è modo di organizzare un buon servizio a queste condizioni, poichè anche in Inghilterra le retribuzioni offerte ai medici di Bradford sono ritenute vantaggiose. Ma evidentemente si è molto lontani dal concetto primitivo del legislatore, il quale intendeva stimolare l'emulazione tra i medici ed evitare che questi si burocratizzassero.

***

In altre località si è data la preferenza al pagamento delle prestazioni.

Ecco, ad esempio, la tariffa adottata a Manchester e, con poche varianti, a Liverpool ed altrove: visita a casa del medico oppure in un dispensario o in un ambulatorio, lire 2.50; visita a casa del paziente, lire 3.10; visita speciale fatta nel giorno della chiamata, se questa è ricevuta dal medico dopo le 10 ant., lire 4.35; visita notturna, tra le 9 pom. e le 9 ant., se la chiamata ha luogo in questo frattempo, lire 6.25; somministrazione di un anestetico generale, lire 26.25; riduzione di fratture, di lussazioni, operazioni di piccola chirurgia richiedenti l'anestesia locale o generale (tolta l'incisione di ascessi), lire 26.25; e così via.

Se le somme disponibili difettano od eccedono, la tariffa va modificata in proporzione.

***

Nell'insieme i compensi assegnati ai medici si dimostrano più che adeguati.

Alcuni medici lamentano che, in rapporto al numero delle visite compiute, avrebbero guadagnato alquanto di più applicando le tariffe medie vigenti per consuetudine prima della legge. Ma è certo che le visite non sarebbero mai state così numerose: in alcune località esse hanno raggiunto persino il 20 % degli assicurati, durante un solo trimestre, mentre era stato computato che normalmente non avrebbero dovuto sorpassare l'1 e mezzo per cento.

I guadagni ottenuti non sarebbero dunque stati mai realizzati.

Del resto le visite vanno rapidamente riducendosi, mentre rimane inalterata la somma totale degli stanziamenti a favore dei medici. Anche la distribuzione dei compensi tra i medici tende a livellarsi, di modo che tutti finiranno per trarre profitto dal nuovo stato di fatto.

***

Quanto alla così detta « questione morale », risulta evidente ormai che i medici ne esageravano l'importanza.

Molte recriminazioni e proteste sono state sollevate contro i medici; ma i reclami propriamente detti sono quasi mancati, pochissime censure e reprimende sono state inflitte e paiono pienamente giustificate; non è stata adottata nessuna grave misura.

Tuttavia i medici trovano, com'è naturale, il modo di essere malcontenti.

Si deplora oggi che essi si siano lasciati avvincere da « legami dorati »; che abbiano compromesso il « bene più prezioso », la « libertà professionale »; che siano stati sottoposti alla « tirannia » di comitati locali incompetenti. Ma dobbiamo convincerci ch'è un attributo della nostra civiltà moltiplicare i rapporti di dipendenza tra gli uomini. Siamo tutti tenuti e mossi e irretiti da fili misteriosi che non ci lasciano se non una libertà assai condizionata.

Si deplora che i medici dell'assicurazione siano divenuti « i servitori del pubblico ». Ma a ciascuno di essi spetta saper conservare la propria dignità e imporla. E in genere vi riescono. Ad esempio, si era preoccupati per le esigenze che la nuova clientela avrebbe avanzato; invece i medici hanno saputo tenerla a freno, costringendola a dar prova di discrezione e di arrendevolezza. Si era quasi terrorizzati per le visite notturne; ma in linea generale sono state richieste solo per motivi gravi e plausibili.

Si deplora che in pratica il medico d'assicurazione tenda a divenire « un funzionario ». E si aggiunge, che trasformando il medico in un funzionario, « se ne uccide l'anima », in quanto che nessun'altra professione è così lontana come quella del medico dalla immobilità burocratica; che nessun'altra richiede tanta assiduità e continuità di sforzi per seguire l'evoluzione incessante delle discipline da cui essa deriva.

Il medico che si burocratizza sarebbe portato quasi ineluttabilmente a trascurare i progressi della medicina, poichè viene a mancare in lui lo stimolo a far meglio. Una scienza progressiva come la medicina avrebbe quasi l'orrore istintivo dell'immobilità burocratica.

Ma anche questa è un'esagerazione: i medici condotti italiani sono dei funzionari eppure si mantengono a un livello professionale elevato, non inferiore certo a quello dei pratici inglesi, sui quali dimostrano forse la superiorità di essere meno presuntuosi e meno venali.

È vero che, secondo Dejace, il fenomeno del *medico condotto italiano* è un indice della miseria generale della nazione, più che l'espressione di un principio, per modo che non si potrebbe addurlo ad esempio. Ma questo apprezzamento del nostro illustre amico è quanto meno avventato e intempestivo: dimostra ch'egli non conosce il nostro paese e che s'ispira a vieti pregiudizi.

Come il medico condotto italiano, il medico d'assicurazione inglese resta del tutto libero di esercitare la professione privatamente. Così viene ad essere temperata o emendata la tendenza a burocratizzarsi, a fossilizzarsi. È chiaro infatti ch'egli debba risentire un incitamento a far meglio dall esercizio libero, è quanto dire dalla concorrenza professionale. Dacchè la natura umana è ancora ben lontana dalla perfezione!

Solo in alcuni distretti dell'Inghilterra si è voluto imbrancare il medico d'assicurazione tra i funzionari stabili, vietandogli l'esercizio privato. E questo è molto probabilmente un errore.

***

D'altronde il governo inglese già si preoccupa della necessità di ottenere dai medici delle assicurazioni la massima efficienza. Non ne sente soltanto la responsabilità morale, ma anche la convenienza economica, poichè un medico esperto, il quale sappia prevenire le malattie e provvedere a cure sollecite ed efficaci, eviterà allo Stato molte spese per le indennità e per i medicinali.

Si richiedeva che una ragione economica facesse apprezzare l'utilità sociale del medico; era necessario tradurre questa in cifre, per farla pienamente riconoscere!

In Inghilterra già si parla di una rigida sorveglianza che lo Stato dovrebbe esercitare sulle scuole di medicina, affinchè queste rispondano al loro mandato; dei mezzi atti a impedire che il medico sia preso da pigrizia o da indifferenza di fronte ai progressi incessanti compiuti dalla sua arte, costringendolo a mantenersi all'altezza della sua missione; dell'opportunità di fornire al medico i mezzi di studio, i libri, i giornali, gli istrumenti e di obbligarlo a frequentare i corsi post-universitari; eventualmente di sottoporlo ad esami periodici di Stato, costituendogli una vera carriera, paragonabile a quella degli ufficiali della marina o dell'esercito.

Il medico diverrebbe un *ufficiale civile*, un *ufficiale sanitario statale*. Come lo Stato si difende contro le invasioni e le insidie nemiche, si proteggerebbe anche contro le invasioni e le insidie delle malattie.

***

A parte le difficoltà cui abbiamo accennato, molte altre ne sono sorte nell'applicazione della nuova legge

Rileviamone alcune: il passaggio degli assicurati da un medico a un altro (il Comitato di Londra aveva imposto che ogni cambiamento fosse motivato; ma il Comitato centrale ha annullato questa disposizione, considerandola come un'infrazione alla legge); le visite a domicilio dei pazienti che abitano troppo lontano dal medico (si è fatto menzione di un gruppo di 200 assicurati che risiedono a 10 miglia di distanza dal medico più vicino: in Scozia il caso non sarebbe raro); i cambiamenti temporanei di residenza degli assicurati (per la villeggiatura, per un viaggio ecc.); la libertà delle prescrizioni farmaceutiche da parte del medico (qualche medico è stato ripreso per la stravaganza delle sue prescrizioni; in linea generale, sono state escluse le specialità farmaceutiche: si calcola che ne sia derivata una riduzione del 20 % nella vendita); gli orari dei medici (qualche medico ricusa di fare le visite alla domenica, sebbene manchi nella legge una disposizione tassativa al riguardo); le visite notturne (per evitare quelle non giustificate i medici vorrebbero imporre una piccola quota supplementare a carico del paziente); alcuni criteri seguiti dai medici nell'accettazione dei pa-

zienti (un medico è stato ripreso perchè allontanava i casi gravi, dichiarando che a norma della legge, egli doveva curare dei malati e non dei moribondi) l'esclusione dei medici irregolari (omeopatici, erboristi, christian Scientists ecc.) anche per intesa diretta (il pubblico ripone in essi molta fiducia e nell'Inghilterra è concessa la più grande libertà all'esercizio medico); l'ammissione delle medichesse a curare soltanto le donne e i bambini; la necessità di un assistente, retribuito a parte, per la somministrazione degli anestetici; la facoltà riconosciuta ai comitati locali di ridurre il limite superiore degl'introiti per l'ammissione ai benefici dell'assicurazione; l'osservanza del segreto professionale; la deficienza dei sanatori e degli ospedali per i tubercolosi; e così via.

In particolare s'insiste sulla generalizzazione delle intese dirette (their own arrangements) tra assicurati e medici, ora consentite o attuate solo in via d'eccezione.

***

Nell'insieme la posizione dei medici sembra essere migliorata, sia economicamente, sia moralmente.

Sotto la minaccia della legge per l'assicurazione durante il biennio 1911-12 si erano anzi avute nelle scuole mediche inglesi 450 iscrizioni in meno che durante il biennio precedente. Ora invece l'orizzonte si rischiara.

Diverrà l'Inghilterra il *paradiso d'Esculapio* come qualcuno preconizza?

Auguriamocelo.

***

Non ci dissimuliamo e teniamo a dichiarare che, nel prospettare una questione oltremodo complessa – la quale per mesi ed anni ha occupato molta parte del fitto testo dei giornali medici inglesi - noi possiamo essere incorsi in mende, inesattezze o lacune. Ne chiediamo venia ai lettori benevoli.

Ma lo scopo che vorremmo aver raggiunto è quello di sollecitare i medici italiani ed interessarsi alla questione, ad approfondirla, ad agitarla nel pubblico, ad affrettare tra noi l'avvento di una forma pratica e conveniente per tutti di assicurazione sociale contro le malattie.

Nell'attesa che non si debbano più imitare le iniziative degli altri paesi ma che promanino da noi le ardite e benefiche innovazioni, come ai tempi gloriosi del passato.

L. VERNEY.

LETTERE DA PARIGI

La tubercolosi e l'igiene. — Il pericolo sociale presentato dalla tubercolosi preoccupa più che mai le autorità sanitarie in Francia. Alcuni giorni or sono al Congresso dell'Alleanza d'Igiene sociale nel suo discorso inaugurale il presidente Leon Bourgeois ricordò che, malgrado gli sforzi fatti, la Francia è uno dei paesi ove la mortalità diminuisce di meno. In Inghilterra e in Germania la proporzione di decessi per tubercolosi su 10,000 abitanti, è discesa a 11, mentre in Francia è ancora a 22.5. Leon Bourgeois crede che una delle cause principali della tubercolosi sia l'insufficienza degli alloggi, come del resto affermava qualche anno fa Robert Koch. Le statistiche del dottore Bertillon, dimostrano che a Parigi 215,188 abitanti vivono in abitazioni troppo ristrette, cioè hanno meno di una mezza stanza per persona, e 924,757 hanno pure abitazioni insufficienti e cioè meno di una stanza per persona. Contando l'insufficienza di abitazione di quelli che abitano in camere mobiliate si arriva a un totale di 1 milione 200,552 abitanti che mancano d'aria e di luce.

Comparando i dati del 1901 a quelli del 1911, Bertillon constata che questi ultimi sono più favorevoli, ma solo in apparenza, perchè se c'è minor numero di famiglie numerose male alloggiate, ci sono anche famiglie numerose in minor numero. Per dimostrare che più una famiglia è numerosa più è frequente il caso che non possa trovar alloggio conveniente, Bertillon osserva che su mille famiglie vivono in condizioni cattive 97 famiglie di tre persone, 108 di quattro a cinque persone, 217 da sei a sette, 269 da otto a 15. Su mille famiglie quindi 691 vivono in un ambiente non sano.

Mirman, direttore dell'assistenza e igiene pubblica, si preoccupa anche lui dell'estensione della tubercolosi. Per lui, oltre l'abitazione insufficiente, uno dei fattori importanti di tubercolosi è l'alcoolismo. Dalle carte comparative di Bertillon si constata infatti che i dipartimenti ove l'alcoolismo infierisce di più sono quelli ove la tubercolosi miete il maggior numero di vittime. Mirman osserva che in Inghilterra la legge impone la espropriazione dei caseggiati insalubri dietro pagamento al proprietario del valore dei fabbricati, detratta però la spesa che l'Amministrazione incontra per i lavori necessari a renderli salubri.

Una legge per l'espropriazione degli immobili per cause igieniche è deposta davanti al Senato francese.

La denuncia obbligatoria della tubercolosi. — Da parecchi mesi si dibatte dinanzi all'Accademia di medicina questa importante questione: I poteri pubblici debbono essere informati di ogni caso di tubercolosi che si presenti ai medici sia allo ospedale, che nella clientela privata? L'Inghilterra, che alcuni anni or sono, aveva reso obbligatoria la denuncia per i casi curati negli ospedali, ha reso più tardi obbligatoria la denuncia per i casi della clientela privata.

In Francia alcuni fra i più distinti medici si sono risolutamente schierati dalla parte dei sostenitori della denuncia, ma la maggioranza si trova ancora nel campo opposto. La discussione

non è ancora chiusa e non lo sarà ancora per del tempo. Una delle ultime dichiarazioni è quella del prof. Daguet, che ha sottoposto all'Accademia la mozione seguente: « L'Accademia è d'avviso che la denuncia obbligatoria della tubercolosi è scientificamente desiderabile, ma riconosce che non è ancora venuto il momento per applicarla, almeno in Francia ».

Questo modo di risolvere la questione si presta all'equivoco, e a noi sembra che un tal modo di considerare i fatti esorbiti dai poteri di un Comitato tecnico. L'Amministrazione del Paese potrà giudicare se sia il caso o no di applicare una tal misura. Il medico e l'igienista non hanno che un dovere: quello di dichiarare se, secondo la loro coscienza, la denuncia obbligatoria sia o no utile per la lotta contro l'epidemia. Così il dott. Ballet in una conferenza riportata in una di queste *lettere*, biasimava i medici periti che concludono dinanzi al Tribunale per la responsabilità attenuata dell'imputato, mentre ad essi appartiene soltanto di dire se l'imputato è malato o no, e in qual grado; la questione di giudicare della responsabilità appartenendo al giudice e non al medico.

Il prof. Landouzy è in principio favorevole alla denuncia obbligatoria, ma riconosce che esistono degli ostacoli per la sua attuazione pratica. Fra i motivi d'opposizione uno dei più importanti riposa sul fatto che, all'ora presente, i servizi profilattici e di disinfezione mancano di un'organizzazione sufficiente.

Il Governo ha presentato un progetto di legge per la disinfezione obbligatoria al domicilio di tutti gli individui deceduti nell'età tra 2 e 60 anni, salvo che il medico certifichi che la causa della morte non rende la disinfezione necessaria. L'illustre preside della Facoltà di medicina è contrario all'istituzione di tali limitazioni d'età. Egli ha provato dinanzi all'Accademia con un grande numero di esempi, quanto sia frequente la tubercolosi come causa di morte prima dei 2 anni e dopo i 60. Landouzy propone quindi di modificare il progetto di legge, in uno scopo di profilassi antitubercolosa, colle aggiunte seguenti: « Disinfezione a domicilio per tutti i decessi senza distinzione d'età, disinfezione del domicilio dei malati morti negli ospedali e ospizi ».

Tuttavia la legge, anche colle modificazioni proposte non risolve che la metà del problema, quello che concerne la mortalità, l'altro, quello della morbidità non è ancora risolto. Per risolverlo bisogna, secondo Landouzy, rivolgersi a una misura che chiama con una parola nuova « *Hygiénisation* ». Igienizzazione vuol dire pulizia, disinfezione dell'abitazione e educazione igienica della famiglia. Il giorno in cui la disinfezione sarà applicata anche alla morbidità soltanto allora la lotta contro la tubercolosi sarà condotta con intendimenti scientifici e « la difficoltà di riuscire non fa che rendere più impellente la necessità di mettersi all'opera ».

La vaccinazione contro il tifo. — Continua in seno alle Società scientifiche della capitale la discussione sulla priorità della scoperta della vaccinazione antitifica. La discussione verte sopra tutto sul fatto che Chantemesse nelle sue prime esperienze cercava di vaccinare con delle culture uccise a 100° e più. Chantemesse vuol provare, che quantunque l'esperienza abbia dimostrato in seguito l'utilità di riscaldare a 60° pure il suo vaccino riscaldato a 100° produceva l'immunità nelle cavie. Vincent invece dichiara che le cavie che sembravano vaccinate con quel sistema non erano in realtà che delle cavie refrattarie. Quindi Chantemesse non sarebbe, secondo lui, l'inventore del vaccino. Questo scorcio di discussione che ha avuto luogo alla seduta del 17 maggio 1913, non ha alcuna importanza pratica per quel che a noi sembra. L'importanza risiede sul fatto che la vaccinazione antitifica coi vaccini scaldati a 60° è efficace. La vaccinazione del vaccino scaldato a 100° è stata una prima tappa e non le si può negare almeno il valore di un primo tentativo per risolvere il problema.

Gli studenti di medicina stranieri in Francia. — Sopra 41,109 studenti di tutte le Università francesi, 3819 sono stranieri, inoltre vi sono 4056 studentesse. Per quel che concerne gli studenti in medicina i due terzi di tutti gli stranieri sono russi (8[illegible]), ottomani 87, bulgari 59, greci 36. Tra gli studenti stranieri di tutte le Facoltà, solo 130 sono italiani, più della metà studenti di lettere all'Università di Grenoble.

Ora, in presenza del progetto di legge, che tende a ripristinare il servizio dei tre anni per tutti, gli studenti di medicina francesi sono preoccupati dal fatto che i concorsi per gli ospedali saranno facilitati di molto per gli stranieri e per le donne non obbligate al servizio militare. Il Consiglio dei presidi delle Facoltà, col rettore, si studiano di proporre delle misure contro questo inconveniente. Taluni proporrebbero di interdire l'esercizio della medicina agli stranieri non naturalizzati prima dei 25 anni, che cioè non hanno fatto il servizio militare in Francia, altri propongono delle modifiche nei regolamenti di concorso agli ospedali.

È bene ricordare che in Francia nessun medico può esercitare la medicina se non è laureato da un'Università francese, avendo sostenuto tutti gli esami, *a cominciare dalla licenza liceale*, in Francia.

Parigi, 26 maggio 1913.

Dott. GOD.

NOTIZIE DIVERSE

Adesioni al Congresso di Londra.

Come abbiamo annunciato nel numero precedente, il senat. prof. E. Maragliano, quale rappresentante dell'Italia nella Commissione permanente per i congressi internazionali, ha convocato domenica scorsa in Roma tutti i rappresentanti delle Facoltà, delle Accademie e delle associazioni mediche per addivenire alla nomina del Comitato italiano per il prossimo Congresso internazionale medico di Londra e per designare il proprio rappresentante nella Commissione per i congressi internazionali all'Aja.

Alla riunione aderirono quasi tutti i corpi scientifici italiani e parteciparono largamente le autorità.

Si è stabilito che il Comitato italiano per il Congresso di Londra sia composto dei rappresentanti delle principali istituzioni mediche e si sono nominati i proff. Guido Baccelli e Edoardo Maragliano come supplente a membri della Commissione permanente per l'ordinamento dei congressi internazionali.

Il prof. Maragliano rappresenta intanto e subito il Comitato italiano del Congresso di Londra. A lui possono dirigersi tutti coloro che intendono intervenire a questo grande Congresso che si riunirà dal 6 al 13 agosto.

Al Congresso medico di Londra.

Il Ministro della pubblica istruzione, on. Credaro, ha incaricato l'on. prof. Leonardo Bianchi di rappresentare l'Italia al Congresso medico di Londra.

Convegno di Medicina legale.

Nei giorni 13-15 del prossimo luglio avrà luogo in Genova il primo Congresso dei Medici legali italiani allo scopo di approvare definitivamente lo statuto della Associazione fra i cultori della specialità.

In questa occasione saranno svolte comunicazioni d'indole scientifica e professionale. Sono già annunziate relazioni su temi generali del prof. senatore prof. Tamassia, del prof. Borri, del professor Perrando, ecc.

Il tempo utile per iscriversi al Convegno e per annunziare comunicazioni scade il 25 giugno.

Per partecipare ai lavori o avere chiarimenti rivolgersi all'Istituto Medico legale della R. Università di Genova, via Bertani, 5.

Per gl'Istituti superiori.

È stato approvato dalla Camera dei deputati un disegno di legge che concerne l'approvazione delle convenzioni per gli Istituti clinici di perfezionamento e di istruzione superiore di Milano, per le Università di Padova e Siena e per altri Istituti superiori.

Le convenzioni riguardanti gli Istituti clinici di Milano sono già note ai lettori.

La legge è stata approvata anche dal Senato, dopo alcune osservazioni del sen. Golgi intorno alla progettata istituzione di due nuovi ordinariati agli Istituti clinici di Milano e contro la tendenza a creare una nuova Facoltà medica a Milano, sacrificando quella di Pavia. Il ministro Credaro rispose al sen. Golgi che gli studi di Facoltà dovranno rimanere a Pavia; che verranno riservati a Milano quelli medici di perfezionamento; che l'istituzione di nuove cattedre sarà subordinata all'approvazione del Ministero, il quale deve sempre sentire il Consiglio Superiore dell'Istruzione.

Per Luigi Luciani.

Alcuni colleghi, allievi ed ammiratori dell'eminente fisiologo, traendone occasione dal completamento della sua magistrale Fisiologia dell'uomo, si propongono offrirgli una medaglia commemorativa, coniata dalla R. Zecca, su pregevole rilievo dello scultore G. Tonnini. A quanti vorranno partecipare a questa modesta prova di riconoscente affetto all'illustre maestro, rivolgono cortese invito a voler aderire presso l'Istituto fisiologico (Via Depretis, 92).

La quota fissa per ogni adesione è di lire 12; dà diritto a una copia di bronzo della medaglia offerta (del diametro di cm. 7). I primi cento aderenti potranno all'atto del versamento della quotaritirare immediatamente la medaglia, chiusa in elegante astuccio.

Pro sen. Cardarelli

In un processo svoltosi a Napoli il procuratore generale cav. Cicala pronunziò delle parole ingiuriose all'indirizzo del sen. Cardarelli, perito della difesa.

Il sen. Cardarelli in una lettera inviata ai giornali ha protestato contro « le affermazioni d'un incosciente ». Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Napoli è stato convocato d'urgenza per stigmatizzare le parole del procuratore generale. Gli studenti della Facoltà medica hanno improvvisato in massa una dimostrazione d'affetto al loro venerato Maestro.

Propaganda igienica.

Ci è pervenuto un altro foglio volante della sezione di Girgenti dell'A. N. M. C. per la propaganda igienica. È relativo alla lotta antimalarica. Contiene un bell'articolo del dott. V. Bonfiglio e la descrizione dell'anofele riportata dal Celli.

Venne pubblicato nel 1911; ma continua ad essere utilmente distribuito.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 29 giugno 1913* **Fasc. 26**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Patologia speciale medica dimostrativa
della R. Università di Modena.
Direttore prof. L. VANNI.

Opoterapia surrenomidollare ed epilessia

per il prof. T. SILVESTRI, aiuto

In una nota precedente ho accennato a tutti gli elementi favorevoli alla tesi, che l'insufficienza delle capsule surrenali, pur che si stabilisca bruscamente, può farsi causa di sindromi convulsive (Silvestri-Tosatti), non solo, ma che nel determinismo di queste l'iposurrenalismo corticale ha, per così dire, il monopolio.

Riportati brevemente 2 casi di tetania di Falta e Rudinger, una mia osservazione di tetania e un'altra di eclampsia in *bambine*, ai quali si riferiva l'accenno a pag. 26 della tesi di laurea di Bonacini (aprile 1910): riassunto il caso di tetania nell'osteomalacica di Marek ed un'altra mia osservazione di eclampsia in gravidanza, nei quali l'adrenalina o la paraganglina ha quando aggravato lo stato tetaniaco o convulsivo (Falta, Rudinger, Silvestri), quando addirittura provocato l'attacco convulsivo (Marek, Silvestri), mi intrattenni su tre casi di *epilessia così detta mestruale*, nei quali l'opoterapia surrenomidollare esercitò effetti deleteri sul numero e gravità degli accessi, i quali, appena sospesa la medicazione, ripresero il ritmo di prima, ossia coincidevano esclusivamente coi periodi mestruali; non che su di un caso di epilessia classica in una giovinotta, nel quale l'organoterapia in parola aveva sortito lo stesso effetto.

Dopo aver discusso sul probabile meccanismo d'azione della paraganglina nelle mie epilettiche, conclusi, per esclusione, ad una probabile azione della medesima sul sistema nervoso, di cui aumenterebbe l'eccitabilità, pur convenendo esser prematura ogni conclusione al riguardo, data la scarsità dei casi.

Volendo studiare più a fondo l'argomento, come dissi, mi sono rivolto alla Direzione del Frenocomio di Reggio Emilia, la quale ci ha offerta la più larga ospitalità.

Le ricerche sono state fatte in 2 periodi successivi di 15 giorni ciascuno; il primo, periodo di osservazione, dal 1° al 15 settembre 1912; il secondo, periodo di esperimento, dal 16 al 30.

In questo, ferme tutte le altre condizioni di vita, di alimentazione, ecc. del precedente, venivano somministrate a ciascun epilettico 30 goccie di paraganglina *pro die* in 3 volte.

I malati utilizzati sono stati 23, di cui 10 donne. Nella scelta dei medesimi si cercò di prender solo quelli, che presentavano tutte le note della cosidetta epilessia essenziale.

Un'assistenza, una sorveglianza continua, diligentissima, quale non è possibile desiderare di meglio, permettevano di sorprendere le più piccole variazioni qualitative e quantitative degli accessi convulsivi ed equivalenti, fra i quali però non si è tenuto conto che delle vertigini, come il solo degno di nota nei nostri casi.

Dando uno sguardo d'insieme ai quadri riassuntivi, che per brevità ometto, un fatto subito ci colpisce, e cioè la nessuna azione nociva della paraganglina negli epilettici maschi: il numero infatti degli accessi e delle vertigini, che nel periodo di osservazione era stato rispettivamente di 41-48; in quello di esperimento è disceso a 38-32.

Diverso è stato il comportamento *delle epilettiche* di fronte alla opoterapia surrenale. Mentre infatti nel 1° periodo (di osservazione) si ebbero accessi 71 = vertigini 4; nel 2° invece (di esperimento) si registrarono accessi 89 = vertigini 15.

Analizzando poi i risultati indicati vediamo:

1° Che si dovette scartare una malata (la G . . .) la quale dopo 3 giorni di trattamento si ribellò alla cura. Va notato però che mentre durante tutto il periodo di osservazione aveva avuto un attacco solo, nei 3 giorni di cura ne ebbe 2.

2° Che in una (M. . .) gli accessi diminuirono.

3° Che in 2 (P. . .) il numero degli accessi rimase stazionario.

4° Che in una (la B.) gli effetti sono stati disastrosi: gli accessi si sono raddoppiati, le vertigini triplicate.

5° Che quindi in 7 su 10 si è avuto un aumento del numero degli accessi.

Questi risultati, benchè non molto spiccati, ad eccezione della B. . ., sono, a parer mio, molto significativi, perchè dimostrano l'azione dannosa della paraganglina anche nelle forme inveterate di epilessia essenziale, nella quale, fino a poco tempo fa (ed anche al presente dalla maggioranza), si è negata qualunque influenza alle secrezioni endocrine, subordinando l'insorgere degli accessi a lesioni degli elementi nervosi, lesioni che sarebbero la risultante di fattori congeniti ed acquisiti, non che del ripetersi degli accessi.

Ma perchè la paraganglina esercitò la sua azione nociva solo *nelle epilettiche?* La risposta certo non è facile: tuttavia una spiegazione si può tentare traendo profitto da un certo numero di osservazioni anatomo-patologiche, le quali parlano non solo in favore di uno stretto rapporto fra *funzione surrenale, sviluppo e nutrizione cerebrale*, ma fra capsule *surrenali*, cervello e glandole genitali.

Se Morgagni infatti, Meckel, Otto, Tiedemann avevano rilevata la coincidenza dell'*acapsulia* coi gravi difetti del sistema nervoso, sono state più specialmente le osservazioni di Zander, di Weiler, Magnus, Levi, Apert, ecc., che hanno dimostrato come nell'aplasia od ipoplasia delle capsule surrenali si accompagni di norma anencefalia ed emicefalia, nel qual ultimo caso mancava la capsula dello stesso lato in cui faceva difetto lo sviluppo dell' emicervello (Zander).

Tuttavia Romiti e Valenti in qualche caso di emicefalia hanno trovato le capsule normali.

Il Gaifani poi recentemente in 11 casi di anencefalia ha trovato: tiroide ipertrofica con abbondante stroma connettivale, timo molto sviluppato, *surrenali sempre insufficienti, sempre piccolissime. In 5 casi ne mancava 1.* Nell'idrocefalia e in un microcefalo ha trovate capsule normali, mentre, come è noto, C. Czerny in 5 casi di idrocefalia congenita riscontrò mancanza della midollare delle capsule surrenali, le quali erano poi pochissimo sviluppate in un caso del genere di Wagler.

Quanto a rapporti fra i due fatti è da notare che mentre lo Zander subordina l'agenesia capsulare al difettoso o mancante sviluppo cerebrale, pur non escludendo che qualche volta

l'aplasia capsulare possa esser primitiva, e secondaria quella cerebrale, gli altri in massima adottano quest'ultima veduta.

Se poi le poche osservazioni di Biesing (citato dal Pende) sono favorevoli a che nei casi di cui sopra l'agenesia capsulare interessi uniformemente la capsulare e la midollare, il Pende è proclive a dare importanza al propo posito all'aplasia od ipoplasia della surrenocorticale, sia in base a' suoi concetti circa l'azione di questa sul trofismo cerebrale, sia tenendo conto dello sviluppo precoce, della surattività della medesima nell'embrione e nel feto,dove costituisce da sola tutta l'enorme capsula fino al 3°-4° mese.

L'Apert è molto più reciso al riguardo e nel suo recentissimo lavoro conclude: *che nella anencefalia la porzione corticale della surrenale è quasi costantemente atrofizzata, mentre nella sclerosi tuberosa con ipertrofia del cervello la surrenocorticale è al contrario ipertrofica ed adenomatosa.*

Ma per la questione che ci interessa il rapporto fra anencefalia ed aplasia surrenale o meglio surrenocorticale, più che per sè è molto importante per il fatto che *di regola trattasi di femmine.* Il Levi a spiegare la cosa pensa che nei feti maschi la mancanza di capsule surrenali possa esser surrogata nello sviluppo del cervello dal testicolo, organo ricco in lecitina; solo quando si ha l'assenza della surrenale e testicolo anche nel maschio si verifica lo stesso effetto.

A parte però la spiegazione (1), la coincidenza in parola dimostra il nesso strettissimo fra *capsule surrenali* e *sviluppo cerebrale,* nozione questa che una ai resultati delle nostre ricerche, confermate da Pende, e confortate anche da una osservazione clinica (Silvestri) molto suggestiva, le quali dimostrano come una insufficienza surrenocorticale, purchè si stabilisca bruscamente, possa farsi causa di sindromi convulsive, può darci, fino ad un certo punto, ragione del modo di comportarsi dalla opoterapia surrenomidollare (paraganglina Vassale) nelle epilettiche cadute sotto la mia osservazione.

Dato infatti un certo antagonismo fra secrezione surrenomidollare e surrenocorticale sulla eccitabilità del sistema nervoso (moderatrice, frenatrice la prima, eccitatrice la seconda), non è fuor di luogo il concetto che la paraganglina possa perturbare l'equilibrio di queste due secrezioni endocrine nella loro funzione sui centri nervosi, quando si ammetta che nelle epilettiche esista un certo grado di iposurrenalismo corticale assoluto o relativo, o almeno una instabilità, una labilità funzionale della medesima.

Quando poi teniamo conto:

1° dell'origine comune della surrenocorticale e delle glandole genitali;

2° della coincidenza dello pseudoermafroditismo colla ipertrofia, iperplasia e tumori della surrenocorticale (Marchand, Niegebauer, Thumin, Apert, Amoray, Glymm ecc.);

3° *che tale coincidenza si ha di regola nel sesso femminile;*

4° che nei tumori della surrenocorticale si hanno inoltre le più svariate sindromi da disturbi della fisiologia genitale femminile (pubertà precoce, menopausa precoce, metrorragie, alterazioni dei caratteri sessuali accessori, ecc.) non solo ci diamo ragione dei rapporti strettissimi nella donna fra organi genitali, surrenali e cervello, ma che nel sesso femminile l'apparato genitale abbia tanta importanza nelle perturbazioni psichiche, nei disturbi sensitivi e motori di centri nervosi.

A questo proposito ci è noto:

a) che le svariate manifestazioni della vita sessuale (mestruazione, gravidanza, ecc.) di norma aggravano l'epilessia in atto;

b) che talora possono segnare l'insorgere del primo attacco epilettico, e talune anche le mestruazioni, ad es. disciplinare, per così dire, l'andamento degli accessi, tanto che non si titubа in questi casi a parlare di epilessie mestruali, nelle quali al dire di certi autori, mancherebbero le più comuni cause congenite ed acquisite, rilievo questo che però merita conferma.

c) che sebbene raramente, la gravidanza e l'allattamento possono farsi causa della scomparsa degli accessi, i quali riprendono colla prima mestruazione, fatto che potrebbe inter-

(1) La nozione però che nel testicolo la glandola interstiziale è molto ben sviluppata ed individualizzata nel neonato e nel feto (Pende), che la glandola intestiziale nelle intossicazioni ed infezioni si comporta alla stessa guisa della surrenocorticale, e che quella segrega una sostanza grassa molto simile a quella trovata nelle cellule di questa (P. Mulon), ci porta a prendere in considerazione la tesi del Levi.

pretarsi come il risultato di una autoopoterapia surrenocorticale in virtù dell'iperfunzione di questa durante tali fasi della maternità.

Le funzioni poi dell'ovaio hanno rapporti sì stretti con tutte le altre sezioni del sistema endocrino-simpatico, che qualunque disturbo di queste si fa sentire su quelle e viceversa.

Nei maschi invece le funzioni delle glandole sessuali sono molto più semplici, e godono di una larga autonomia rispetto agli altri apparati endocrini, specie nell'età adulta, come risulta da mie ricerche.

Queste differenze fra i due sessi, che alcuni reperti anatomo-patologici e ricerche di Laboratorio (Fichera, Soli, Raineri, Silvestri, Marassini, ecc.) mettono bene in evidenza, vanno ricollegate, come mi esprimevo nel mio lavoro « Castrazione e tiroparatiroidectomia » all'alta missione della femmina, alla maternità cioè.

Tornando ancora una volta sul possibile meccanismo d'azione della paraganglina nelle epilettiche cadute sotto la nostra osservazione, dico subito come non mi sembri accettabile quello invocato da Rudinger, Falta, Marek, Kahn, a proposito dei loro casi di tetania, e cioè l'antagonismo surrenomidollare-paratiroideo, e quindi una insufficienza paratiroidea per *inibizione da adrenalina*.

Non ch'io neghi l'antagonismo accennato, in favore del quale, oltre i risultati delle ricerche di Goleke, parlano quelli ottenuti da G. Israelson, il quale vide che mentre la tiroidectomia si accompagna a scomparsa di adrenalina nel sangue, la paratiroidectomia invece fa aumentare il contenuto sanguigno della medesima; ma come mi espressi nella nota precedente sull'argomento, nè il criterio terapeutico, nè quello anatomo-patologico, e nemmeno quello clinico giustificano l'ipotesi che una insufficienza paratiroidea sia in giuoco nella epilessia detta idropatica, almeno come fattore costante e fondamentale.

A meno che poi non esista una *criptoadrelinemia biologica*, nessun dato è favorevole al concetto di una adrelinemia assoluto o relativo nella epilessia in parola, almeno come norma; la pressione ad es., e in ciò l'accordo è unanime, è di regola *inferiore alla norma*; ma vi ha di più; la comparsa dell'attacco epilettico non è preceduta, non è subordinata all'aumento della pressione sanguigna.

Questa mancanza d'ipertensione precedente l'attacco, che Voisin e Rendu non sarebbero alieni dal ricollegare a qualche alterazione delle surrenali, se è indice sicuro dell'assenza di una vasocostrizione diffusa, non esclude però una *vasocostrizione distrettuale-cerebrale* ad es., la quale potrebbe essere favorita da speciali condizioni locali congenite od acquisite, e per la quale militano alcuni argomenti di ordine terapeutico.

Qualche volta infatti si riesce a prevenire, ad attutire l'attacco epilettico col nitrito d'amile: il taglio del simpatico cervicale ha migliorato non solo, ma prodotta la scomparsa temporanea degli accessi epilettici.

Se vi ha un fatto caratteristico nell'epilessia è appunto l'abbassamento della soglia degli stimoli, l'instabilità del sistema nervoso.

Si capisce quindi come le più piccole cause siano capaci di provocare l'attacco, e che la paraganglina, stimolante fisiologico, possa favorire le manifestazioni convulsive.

Va da sè che il fenomeno deve verificarsi solo perchè nelle epilettiche è rotto l'equilibrio fra le diverse sezioni del sistema endocrino, dal quale dipende l'euritmia funzionale di tutta l'economia e conseguentemente anche del sistema nervoso.

Quando infatti le diverse glandole a secrezione interna fossero normali, data anche la via d'introduzione, e la dose piuttosto mediocre della paraganglina, gli effetti di questa verrebbero prontamente neutralizzati, o per una più sollecita modificazione di questa da parte del fegato, o per maggior produzione di secreti a funzione antagonista (es. tiroidei).

Risulta quindi ancora una volta l'importanza delle secrezioni endocrine anche nell'epilessia, importanza sulla quale insistei fino dal 1906 nel mio lavoro « Epilessia e sali di calcio ».

« Per me, dicevo, l'insufficienza tiroidea qualche volta, il più spesso l'epatica potrebbero costituire il *terreno* propizio per le manifestazioni convulsive, allo scoppio delle quali l'insufficienza paratiroidea primaria o secondaria a quella tiroidea o del fegato potrebbe costituire l'elemento necessario, formare cioè l'ultimo anello della catena morbosa ».

In lavori successivi sulle forme convulsive in genere e sull'epilessia in ispecie sono tornato alla carica, allargando il concetto a tutto il si-

stema endocrino simpatico, e portandovi nuovi contributi clinici e sperimentali, concetto che in questi ultimi tempi tende a prender piede:

In favore poi di rapporti stretti fra epilessia e alterazioni delle secrezioni endocrine parlano:

1° I risultati terapeutici di Osborne colla tiroidina negli attacchi epilettici che sopravvengono *nelle ragazze* all'epoca della pubertà, e nelle *donne* al momento della menopausa.

2° I risultati di Clark, Lyndjay, Salvioli, Frohener, Hoppe, coll'opoterapia tiroidea in *epilettiche mixedomatose*: in ogni caso si ebbe un miglioramento sia sul numero degli accessi che nelle condizioni psichiche.

3° I risultati ottenuti in epilettiche da Toulouse, Marchand ed altri coll'ovarina.

4° I risultati ottenuti da me in una *giovinetta* epilettica con latte di capra castrata, e coll'opoterapia surrenocorticale in un'*altra* di 19 anni.

A quest'ultimo scopo bisogna usufruire di capsule di animali giovani, appena staccate dall'animale, per impedire la diffusione, l'imbibizione del principio attivo della midollare.

5° Forse i casi, rari invero, in cui la pubertà ha segnato il miglioramento, la guarigione dell'epilessia, quando ha coinciso con un rapidissimo sviluppo intellettuale e fisico (Hasse, Sponolz, Tambroni), nei quali è lecito pensare a modificazioni funzionali degli apparati endocrini. L'opoterapia quindi si impone nel trattamento dell'epilessia, specie nella donna, e in tutti i casi fin dai primi accessi; si darà la preferenza all'opoterapia pluriglandolare, lasciando intanto da parte la paraganglina od adrenalina, la quale sembra favorire il ripetersi degli accessi. Nei singoli casi ci lasceremo guidare, fin dove è possibile, da criteri etiogenici, non dandoci per vinti al primo scacco, chè la patologia del sistema endocrino-simpatico, a parte pochi capitoli, presenta delle grandissime lacune. Va da sè che nei casi gravi, inveterati si stabiliscono tali modificazioni di tutta l'economia, ed alterazioni biologiche e strutturali degli elementi cerebrali, che comandano l'andamento ulteriore del male, e rendono frustranei tutti i tentativi terapeutici. In tutti i casi però, e nell'attesa che le nuove ricerche meglio ci illuminino su questo importantissimo capitolo di patologia, che tende sempre più ad allargarsi, non posso a meno di raccomandare il trattamento calcico a larghe dosi, il quale può benissimo essere abbinato ai preparati opoterapici, e rappresenta finora anche da solo, a mio avviso, il metodo di cura più razionale dell'epilessia, e non rarissime volte causale: trattamento calcico che le più recenti ed accreditate nozioni biologiche e biochimiche appoggiano, giustificano, e che le nostre cognizioni sulle secrezioni endocrine rischiarano nel suo intimo meccanismo d'azione.

A questo punto sentiamo il dovere di porgere infinite grazie ai chiarissimi professori Guicciardi e Petrazzani, direttore e vicedirettore del Frenocomio di Reggio Emilia, non solo per averci accordata la più liberale ospitalità, ma per esserci stati larghi di consigli: di esprimere la nostra grande riconoscenza a primari Giachi e Gherardini, agli aiuti Bertolani, Nizzi ed assistente Cazzamalli per l'interessamento al buon esito delle ricerche fatte.

Speciale menzione meritano poi i dottori Nizzi e Cazzamalli, i quali hanno seguito colla massima diligenza i malati per tutto il periodo di osservazione, e mi hanno fornite tabelle bellissime ed altre importanti imformazioni, di cui mi varrò a suo tempo (1).

(1) L'iniezione di ½ cmc. di adrenalina fatta per mio consiglio nella epilettica B... è stata immediatamente seguita da un attacco epilettico; in un epilettico invece solo dopo due ore una dose doppia si è avuta una vertigine. La cosa merita di essere studiata specie sotto il punto di vista medico-legale.

BIBLIOGRAFIA

APERT. *Capsula surrenale, cervello e glandole genitali.* Presse Méd., 1911.

BAUER e LEHNDORFF. Wien. Klin. Woch., n. 12, 1912.

BOLAFFIO. *La tolleranza al cloroformio nel parto.* Congr. ostet., 1911.

CLAUDE et SCHMIERGELD. *Les glandes à secretion interne dans l'épilepsie.* Sem. Méd., 1907.

GAIFAMI. Congresso di Ostetricia e Ginecologia. Roma, 1911.

ISRAELSON. II° Congresso de Pirogoff. 22 janv. 1912.

LEVI. *Le capsule surrenali nell'anencefalia.* Congr. alien. e neurologi dei paesi di lingua francese. Digione, agosto 1908.

MARECK. *Tetania da iniezione di adrenalina.* Wien. Klin. W., 1911.

MULON. Comp. r. hebd. de la Soc. de Biol. de Paris, 1910.

NEUMANN ed HERMANN. Wien. Klin. Woch., 1911.
PENDE N. *Patologia dell'apparecchio surrenale e degli organi parasimpatici*. Soc. Edit. Libraria, 1909.
RANIERI. *Le capsule surrenali in rapporto alla ovariectomia all'ovaro-isterectomia*, ecc. Folia gynecol, Vol. I., 1908.
SILVESTRI. *Epilessia e sali di calcio*. Gazz. Osp. gennaio 1907.
SILVESTRI. *Sindrome cerebellare ed eclampsia in coniglie gravide scapsulate unilateralmente*. Boll. Soc. Med.-Chir. di Modena, 1908.
SILVESTRI. *Castrazione e tiroparatiroidectomia*. Pol., Sez. P., 1910.
SILVESTRI. *Sali di calcio e sostanze convulsivanti*. Gazz. Osp. 1911.
SILVESTRI. *Di alcune sindromi surrenali. Contrib. clin.* Gazz. Osp, 1911.
TAMBRONI. Archiv. Italiano delle malattie nervose, 1882.
THUMIN. Soc. Med. Berl. sed, 16 dicembre 1908.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

La trasmissione del virus scarlattinoso agli animali.

Rivista sintetica.

Tutte le volte che una malattia particolare alla specie umana ha potuto essere trasmessa agli animali, gli studi sulla etiologia e le reazioni umorali provocate dall'agente infettivo nell'organismo vivente se ne sono sempre trovati avvantaggiati al punto da condurre a delle scoperte importanti nel dominio della profilassi e della terapia, scopo supremo di ogni ricerca di laboratorio.

Così, per non citarle tutte, diremo della sifilide la cui trasmissione alle scimmie superiori è stata ottenuta la prima volta da Metchnikoff e Roux, così della meningite cerebro-spinale epidemica il cui virus rimasto finora sconosciuto in quanto alla scoperta di un microrganismo ma studiato con cura nelle sue proprietà tossiche e immunizzanti ha permesso di ottenere un siero che si è dimostrato assai efficace nel prevenire l'esito letale e le gravi alterazioni funzionali e organiche che costituivano un relitto abituale di questa grave infezione.

La trasmissione del tifo esantematico alle scimmie ha permesso di far progredire di tanto gli studi sull'etiologia del morbo, sopra tutto per opera della scuola di Tunisi che fa capo al Nicolle (1) e alla scuola americana con Anderson e Goldberger (2) e Ricketts Wilder (3), che si sono potuti avanzare dei corollari di profilassi pratica mercè i quali, si è arrivati a iscrivere questo morbo, malgrado l'oscurità sulla natura dell'agente patogeno, nel novero delle malattie evitabili.

Valgano questi pochi esempi scelti fra molti e più recenti, senza risalire alle origini della medicina biologica e biochimica, per dimostrare quale impulso per gli studi scientifici e per i risultati pratici ne venga dal fatto di essere riusciti a trasmettere agli animali le infezioni essenzialmente umane al fine di studiarne il meccanismo dell'immunità.

Tra le infezioni proprie dell'uomo una delle più temibili è senza dubbio la scarlattina, vuoi per la gravità speciale dell'infezione, vuoi per le conseguenze a cui dà spesso origine e che la fanno annoverare tra le più importanti cause di morte nella fanciullezza e nell'adolescenza. Se si potessero ottenere dei risultati soddisfacenti nel campo dell'inoculazione agli animali del virus scarlattinoso certo si potrebbero sperare dei vantaggi grandi per la prevenzione e la cura di tale esantema.

E poichè un certo numero di scienziati si sono posti all'opera per risolvere il problema, noi crediamo venuto il momento di poter esaminare la questione per constatare quali speranze sia lecito trarre dalle ricerche intraprese.

La maggior parte dei tentativi fatti per cercare di ottenere il passaggio dell'infezione scarlattinosa dall'uomo al chimpanzè prima del 1911, sono rimasti infruttuosi, quali quelli di Metchnikoff e Vaillard e Louis Martin all'Institut Pasteur di Parigi (*).

Solo Grünbaum (4) ha potuto provocare una angina in uno chimpanzè, spennellando la gola dell'animale con del materiale proveniente dalle tonsille di un malato di scarlattina. L'angina ha evoluto dando luogo alla produzione di fenomeni eruttivi dubbi e cioè a una roseola che non sembra avesse un carattere specifico.

Bernhardt (5) ha fatto delle esperienze dalle quali risulterebbe che il virus scarlattinoso è presente sulla patina della lingua, nelle vie lin-

(*) Citato da LEVADITI, LANDSTEINER e PRASEK l. c.

fatiche cutanee e le ghiandole linfatiche dei malati. Inoculando tale virus alle scimmie inferiori si può provocare presso di loro, dopo un tempo di incubazione variabile, una sindrome clinica che si rassomiglia alla scarlattina umana.

I passaggi fatti da scimmia a scimmia permettono di constatare la presenza dello stesso quadro clinico in tutti gli animali inoculati.

L' infezione può essere provocata servendosi della cavità boccale come porta d'entrata, senza lesioni della pelle.

Il virus appartiene, secondo Bernhardt, al gruppo dei virus filtrabili.

Cantacuzène (6) afferma di aver ottenuto quattro volte su nove un risultato positivo inoculando alle scimmie inferiori dei prodotti scarlattinosi. Quattro scimmie, 2 macacchi e due circopitechi, hanno presentato secondo Cantacuzène la sindrome morbosa classica; dopo un'incubazione da 5 a 37 giorni la temperatura sale a 40-41 grado vi resta per due o tre giorni e poi ridiscende alla norma. Nello stesso tempo appare un eruzione eritematosa, uniforme, della fronte e della faccia, talvolta degli avambracci. L'eruzione impallidisce dopo 36 ore, e si stabilisce allora una desquamazione a larghe squame della faccia e a piccole squame nelle altre regioni.

Landsteiner, Levaditi e Prasek (7) hanno intrapreso una serie di ricerche in parte all'ospedale Wilhelmine di Vienna e in parte all' Istituto Pasteur di Parigi. In una prima esperienza essi hanno spennellato la gola di uno schimpanzè con del materiale prelevato dalle tonsille di bambini malati di scarlattina e più tardi hanno inoculato allo stesso animale per via sottocutanea del sangue defibrinato di scarlattinoso.

L'animale presenta due giorni dopo eritema, febbre e tumefazione intensa delle tonsille, dei pilastri e della mucosa faringea. Inoltre la cute delle estremità, della testa e del tronco dell'animale è sede di un esantema formato di piccole macchie rossastre e in parte quasi confluenti. L'animale muore dopo aver presentato ascessi contenenti streptococchi nei luoghi ove fu praticata l'iniezione di sangue defibrinato.

In una seconda esperienza uno chimpanzè presenta ancora in seguito all'iniezione un'eruzione eritematosa della metà sinistra del torace, dei tre quarti dell'addome e di una parte del collo ma senza grande febbre, nonchè angina.

In una terza esperienza in seguito alla spennellazione della gola con virus scarlattinoso si osservano dei fenomeni infiammatori localizzati alle amigdale, senza nessun eritema.

Esperienze di controllo fatte con streptococchi prelevati da altre scimmie non sembra abbiano dato luogo alle produzioni di sintomi analoghi.

Gli autori hanno proceduto inoltre a trentacinque tentativi di inoculazione di virus scarlattinoso alle scimmie inferiori e questi tentativi non sono stati mai seguiti da successo. Essi fanno osservare quale carattere infedele presenti la temperatura delle scimmie inferiori per tenerne conto come sintomo.

Dalle esperienze qui sopra riportate sembrerebbe dunque che la prova del passaggio del virus scarlattinoso non solo dall'uomo ai grandi antropoidi, ma anche alle scimmie inferiori possa essere raggiunta.

Ma altri autori fanno intendere delle voci discordanti. Così Hektoen (8) raccoglie del materiale sulle tonsille di bambini scarlattinosi e ne infetta del latte col quale nutrisce dei macacchi in numero di tredici. Dieci rimangono perfettamente sani senza nè febbre nè leucocitosi e tre muoiono.

Il sangue di uno di questi macacchi si mescola a del latte e si amministra a un'altra scimmia che presenta dei disturbi.

Hektoen constata febbre, peritonite, leucocitori intensa ma giammai eruzioni cutanee.

Ma le esperienze più importanti per il loro valore negativo sono senza dubbio quelle di Draper e Hanford (9). Questi esperimentatori, variando il più possibile il materiale scarlattinoso di cui si servono e il metodo di inoculazione, cercano di sottrarsi alla condizione sfavorevole della resistenza variabile degli animali di esperimento. Un gran numero di scimmie inferiori sono sottoposte al loro esame. I risultati ottenuti sembra siano stati sempre negativi.

Tuttavia per studiare il problema sotto tutti i suoi aspetti, Draper e Hanford tentano ripetere le esperienze seguenti sulla trasmissione del morbillo, giacchè, la clinica mostra spesso la possibilità dell'associazione del virus del morbillo e di quello della scarlattina Anderson e Goldberger avevano dimostrato, poco tempo avanti, la possiblità di trasmettere il virus morbilloso alla scimmia. Anche nello studio sperimentale del morbillo. Grünbaum (4) sembra essere stato il primo scienziato che abbia pensato a fare delle ricerche e dopo vari tentativi di passaggio del virus dall'uomo allo chimpanzè, ha finito per concludere che

forse era possibile di poter conferire in tal modo un certo grado di immunità.

Sedotti dall'importanza dell'argomento Anderson e Goldberger (10) tentano di riprendere le esperienze di Grünbaum. Essi hanno inoculato a nove macacchi il sangue defibrinato proveniente da quattro malati di morbillo. Tale sangue si era mostrato completamente sterile nelle culture. Dei nove animali inoculati quattro soltanto mostrarono i sintomi di una reazione del loro organismo. Dei passaggi fatti col sangue proveniente da questi quattro animali su cinque altri, provocarono una reazione ben definita in tre scimmie.

Anderson e Goldberger concludono ammettendo la possibilità del passaggio del virus morbilloso dall'uomo alla scimmia, benchè quest'ultima non sia che mediocremente ricettiva. Quanto alla cultura del sangue esso ha dato risultati costantemente negativi. È da notare che i sintomi positivi consisterebbero nell'apparizione di maculo papule sull'addome e in qualche altra regione del corpo.

In seguito a queste ricerche Draper e Hanford pensarono di iniettare contemporaneamente a un macacco il virus scarlattinoso e il virus morbilloso, ma nella loro esperienza l'animale non presentò affatto una reazione qualsiasi che dimostrasse lo svilupparsi della malattia.

I differenti autori che hanno affermato la possibilità della trasmissione parlano in modo differente dei sintomi da essi riscontrati. Per quel che concerne l'esantema, una descrizione non concorda coll'altra; quanto alla temperatura essa non è affatto costante, come vedemmo, nelle scimmie inferiori e non può da per sè sola costituire un sintomo attendibile per affermare la presenza o l'assenza di un infezione scarlattinosa sperimentale.

Ma il fatto che più di tutti gli altri potrebbe dimostrare all'evidenza che il passaggio del virus dall'uomo all'animale è assolutamente ottenuto sta nella produzione di uno stato di immunità che rende l'animale inoculato refrattario all'infezione. Ora nessuno sperimentatore è ancora arrivato a dimostrare la presenza di un' immunità negli animali in esame.

Quale conclusione trarre dunque da queste ricerche?

Una sola e non molto confortante. Dalle esperienze fatte fino ad ora non è possibile affermare come sicura e dimostrata la trasmissione della scarlattina agli animali.

Dott. GUIDO D'ORMEA.

BIBLIOGRAFIA.

(1) NICOLLE, CONOR et CONSEIL. Annales de l'Institut Pasteur, 1910, p. 243; 1911, pag. 1, 1912 fasc. avril.

(2) ANDERSON et GOLDBERGER. Public Health Report, 24 dic. 1909, 18 febb. 1910, 2 febbraio 1912.

(3) RICKETTS WILDER. Journ. of Am. Med. Ass., 23 avril 1910.

(4) GRÜNBAUM. British Medical Journal, 9 aprile 1904.

(5) BERHARDT. *Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie.* Deutsche mediz. Wochenschr., n. 17, 1911, 27 aprile. Cfr. anche *Zur Scharlachätiologie* (5 Tag. Frieien Verein. f. Mikrobiol. Dresden, 1911), Centrabl. Reb. vol. 50.

(6) CANTACUZÈNE. C-R. Soc. de Biologie (réunion de Bukarest) 1911, p. 403 e 405.

(7) LANSTEINER, LEVADITI e PRASEK Annales de l'Indust. Pasteur, 1911, p. 754. Cf. anche C-R. Soc. Biol., 29 aprile 1911, C-R. Ac. de Sc., 1° maggio 1911.

(8) L. HEKTOEN Journ. of Am. Med. Ass., 1911, p. 1795 (n. 24, vol. LVI).

(9) DRAPER and HANFORD. The Journal of Experimental Medicine, New York, Rokfeller Institute, 1° maggio 1913.

(10) ANDERSON et GOLDBERGER. Public Health Report, 1911, p. 847 e p. 887.

CHIRURGIA.

Operazione radicale per la cura del cancro del retto e del rettosigma.

(W. J. MAYO. *Ann. of Surg.*).

Il retto propriamente detto è situato tra l'elevatore dell'ano e la terza vertebra sacrale, e corrisponde alla così detta seconda parte del retto. Esso deriva dalla cloaca primitiva. Riceve il sangue da 5 arterie (che possono tutte essere accompagnate da linfatici), di cui le principali sono la rettale superiore e l'emorroidaria media. I linfatici sboccano nei gangli iliaci interni e poi in quelli del gruppo iuxtaaortico. Questa parte dell'intestino non ha mesenterio; solo un piccolo tratto della sua faccia anteriore è coperta dal peritoneo, il quale in più che la metà dei casi di carcinomi del vero retto ricopre la neoplasia ventralmente. Il tipo di tali tumori è dato dall'adenocarcinoma.

La cosidetta prima porzione del retto non è che la porzione terminale del sigma colico. I suoi linfatici decorrono nel mesosigma, e sono tributari del gruppo aortico. Anche qui il tipo degli epiteliomi è rappresentato dall'adenocarcinoma. I neoplasmi di questa regione sono sempre ricoperti sulla faccia ventrale del peritoneo.

La terza porzione del retto si origina dall'ectoderma, e i suoi linfatici confluiscono nelle ghiandole inguinali e coccigee e nelle rettali superiori. Il canale anale non contiene ghiandole. Tipo dei cancri di questa regione è l'epitelioma.

L'operazione per cancro ha due scopi principali: 1° rimozione della neoplasia coi tessuti adiacenti, in cui la neoplasia possa essersi diffusa; 2° asportazione dei gangli tributari. Per raggiungere questo duplice fine, operando il cancro del retto propriamente detto, è necessario demolire tutto quest'organo e i tessuti, muscoli e nervi, per una tale estensione da rendere quasi sempre impossibile il ristabilimento di un ano atto alla contenzione. Rari sono i casi in cui ciò si rende possibile, col far passare il sigma traverso il canale anale, già privato della mucosa. Nel cancro dell'ampolla rettale la diffusione linfatica delle cellule neoplastiche si estende di solito per vari centimetri al di sopra e al di sotto dei limiti macroscopici dell'affezione; onde una estesa rimozione diventa necessaria, per eliminare nei limiti del possibile il pericolo della recidiva; ne deve conseguire una colostomia permanente anteriore o posteriore. L'operazione conservativa è solo possibile in quei rari casi in cui il tumore è colto nel suo primo sviluppo.

Gli epiteliomi dell'ultimo tratto del sigma involvono anche la parte alta del retto: in questi casi, dopo una resezione, il sigma può essere anastomosato con la parte inferiore del retto a mezzo di un tubo. Ma molte volte la diffusione si fa in tutto il retto, che conseguentemente deve essere estirpato insieme con la parte bassa del sigma. In questi casi la colostomia alla Lilienthal, traverso il muscolo retto dell'addome, dà resultati molto sodisfacenti, ed è da preferirsi alla colostomia iliaca.

Se la colostomia viene praticata come intervento primario da esser seguito ulteriormente dalla rimozione della neoplasia, le condizioni di asepsi della seconda operazione diventano assai migliori, dato che la porzione distale dell'intestino può essere ripetutamente lavata.

Alla colostomia anteriore i pazienti preferiscono, per ragioni ovvie, un ano sacrale, che, con le debite cautele, può essere abbastanza bene sopportato.

Il carcinoma del retto e del rettosigma rimane come affezione localizzata per un lungo periodo. Le metastasi ghiandolari nei gruppi gangliari regionali si fanno tardi, e talora queste non esistono ancora, mentre si trovano delle riproduzioni neoplastiche emboliche nel fegato e nel peritoneo. Sarebbe quindi indicato, negli individui il cui stato generale lo permetta, fare una laparotomia esplorativa prima di procedere ad una operazione conservativa nei cancri del retto-sigma.

L'inoperabilità devesi in genere alla infiltrazione neoplastica degli organi genito-urinari: vescica, prostata, vescicole seminali, utero. A meno però che l'infiltrazione non si estenda fino nella mucosa vescicale, l'operazione può essere fatta, asportando, oltre il retto, tratto della muscolare della vescica, la prostata, l'utero, le ovaia. Necessario è fare in questi casi una dissezione accurata degli ureteri, che vengono rimessi a posto dopo averli spalmati con vasellina, ciò che, secondo l'A., sembra quasi sempre impedire lo stabilirsi di una fistola ureterale.

L'A. due anni fa presentò un resoconto di 120 operazioni da lui fatte per epitelioma del retto; da allora egli ne ha praticate altre 71, seguendo, ora la via perineale, o sacrale in un solo tempo, ora la via addominale o addomino-perineo-sacrale in uno o due tempi. Di questi 71 casi 27 furono operati per la via perineale o sacrale in un solo tempo: due morirono, dando una mortalità immediata del 7%. Due volte, trattandosi di neoplasie circoscritte, l'intervento si limitò alla estirpazione pura e semplice del piccolo tumore. I pazienti stanno perfettamente bene. Cinque casi furono operati con la resezione perineale di Cripp: nessun morto, e buoni risultati funzionali; in due di questi cinque casi, in cui il tumore occupava il canale anale, furono estirpate anche le ghiandole inguinali. La resezione perineale alla Quénu Tuttle fu applicata a dodici casi, dei quali uno morì (mortalità 8 %). Questa operazione è indicata nelle donne grasse, nelle vecchie e negli individui cachettici. Nell'uomo questo metodo non concede di vedere con chiarezza l'apparato uro-genitale. In molti casi il tratto anale fu rispettato, e il sigma fu passato traverso questo canale privato della sua mucosa, e fissato alla pelle.

Otto casi furono operati col metodo sacrale di Kraske: si ebbe un decesso. Il malato veniva posto nella posizione di Trendelenburg rovesciata. In cinque casi fu fatta l'invaginazione del sigma nel tratto anale, con tre risultati funzionali buoni. In un caso fu fatta la sutura diretta su drenaggio. In due casi fu praticato l'ano sacrale.

L'A. ha seguito la via addominale e addomino-sacrale in 44 casi. Di questi 9 morirono.

Per via addominale semplice o combinata in un sol tempo egli operò 14 pazienti, dei quali 5 morirono. In alcuni di questi praticò la colostomia permanente traverso il retto dell'addome. In quattro casi il sigma fu invaginato nel tratto anale.

In due (carcinomi della parte alta del sigma) l'anastomosi fu fatta sulla guida di un tubo, con esito funzionale soddisfacente.

In 30 casi finalmente fu fatta una colostomia primaria con resezione posteriore secondaria. In 4 casi si ebbe l'esito letale (13 %). Al secondo intervento si procedette da 7 a 12 giorni dopo la prima operazione. Questo metodo, dato che nell'intervallo tra la prima e la seconda operazione è possibile irrigare ripetutamente il retto e quindi operare in condizioni di quasi asepsi, è da preferirsi agli altri nella maggioranza dei casi di neoplasie retto-sigmoidee. Questo metodo ha inoltre il vantaggio di ovviare ai sintomi di ostruzione e di permettere l'esplorazione della cavità addominale.

A. CHIASSERINI.

MEDICINA.

Le cirrosi sifilitiche.

(M. CASTAIGNE. *Le Bull. Méd.*).

Difficile è spesso la diagnosi etiologica delle cirrosi ipertrofiche, sempre importante per dirigere la cura medica.

In due casi l'A. ha potuto vincere le difficoltà della diagnosi e con adatta cura apportare un notevole radicale miglioramento ai pazienti.

Nel primo caso si trattava di un medico malato fin dal 20 febbraio 1902. Incominciarono i suoi disturbi con crisi laringee di soffocazione interpretate sul principio dai medici del luogo come attacchi di angina comune. Contemporaneamente si ebbe tumefazione dei gangli carotidei ed occipitali e cominciarono elevazioni termiche che da 37°.2 al mattino salivano fino a 38°.5 alla sera.

Nel 1910 si aggiunsero ai disturbi descritti dei veri ictus laringei con senso di soffocazione non solo ma con perdita di coscienza.

Con qualche tregua di miglioramento di breve durata, le condizioni del paziente peggioravano, e il peso progressivamente diminuiva (12 kg.). Uno dei più diligenti medici di Parigi lo osservò lungamente; l'esame del sangue rivelò un certo grado di anemia, una lieve leucocitosi, i gangli esaminati presentarono i segni di una lesione cronica infiammatoria, le inoculazioni alle cavie di frammenti di essi, riuscirono negative, la reazione di Wassermann negativa.

Il malato si ritirò scoraggiato al suo paese, e mentre perduravano i suoi disturbi immutati, si sottopose ad una cura arsenicale.

Nel primo esame fatto nel novembre 1911, l'A. fu colpito dallo stato del fegato, che giungeva più in basso dell'ombellico, duro, bozzuto, con depressioni marcate, un fegato che ricordava assai da vicino il fegato « ficelé » sifilitico. A malgrado della prima reazione di Wassermann negativa l'A. pensa alla sifilide, con la quale spiega tutta la sindrome precedente.

Eventuali accidenti ganglionari mediastinici potevano spiegare gl'ictus laringei, la febbre poteva essere in rapporto con i processi ganglionari da una parte, con lo stato del fegato dall'altra, solo la reazione di Wassermann era stata negativa.

Ripetuta dal dott. Bauer, la reazione è stata nettamente positiva. È probabile che la cura arsenicale sia servita a riattivare la reazione di Wassermann (Milian).

Inoltre la radiografia del torace confermava il sospetto emesso: esisteva una mediastinite cronica, i gangli tracheobronchiali erano tumefatti come i gangli cervicali ed occipitali.

Ha seguìto naturalmente una cura specifica: una prima serie di dieci iniezioni di gr. 0.02 di bijoduro, poi dieci iniezioni d'ectina di gr. 0.20 l'una, infine una terza serie di altre dieci iniezioni di bijoduro.

La temperatura rapidamente è scesa al normale, l'adenopatia persistente, il fegato talmente ridotto di volume che bisogna ricercarlo per poterlo palpare: esso però non è completamente normale, e non lo diverrà mai (formazione di tessuto fibroso di cicatrici). Le condizioni generale del malato migliorate.

***

Il secondo malato era un itterico, cachettico; l'ittero da ritenzione — si presentò all'A. con diagnosi di cancro della testa del pancreas.

L'esame del malato rivelava un ittero intenso, urine assai pigmentate, feci acoliche.

Il fegato occupava la metà destra delle cavità addominale fino alla sinfisi pubica, duro, regolare. La milza enorme, scendeva fino a 4 cm. al disopra della cresta iliaca. Non ascite, non circolo collaterale.

Il paziente inoltre sulla regione tibiale presentava cicatrici sospette che ricordavano delle gomme pregresse; nel cuoio capelluto un'ulcerazione a fondo fungoso, con bordi arrotondati; venticinque anni prima sifilide.

Il tumore di milza considerevole fece rifiutare all'A. la diagnosi di cancro della testa del pancreas, ed ammettere una cirrosi, forma di Hanot, di natura sifilitica. Il malato aveva 38°-38°.5 di temperatura. Dopo 3 serie di iniezioni la prima di benzoato di mercurio (o. 2) la seconda di ectina (o. 20), la terza di benzoato di Hg, la gomma del cuoio capelluto si avviava prontamente alla guarigione, la milza ridotta giungeva alle false costole. Il fegato pur ridotto, rimaneva ancora voluminoso, persisteva l'ittero, il quale secondo l'A. è in rapporto con una sclerosi estesa dei canalicoli biliari, colpiti da atresia completa.

Nei due casi di cirrosi (forme diverse) la sifilide è la causa.

Debove ne ha descritto un'altra forma anche essa sifilitica, quella atrofica di Laennec; la sifilide adunque può determinare cirrosi epatica nelle forme più svariate: *piccolo fegato con ascite, grosso fegato senza ascite, grosso fegato con ittero,* tutte le forme di cirrosi.

Oltre ai dati anamnestici, alle lesioni pregresse o in atto la reazione di Wassermann è un elemento prezioso; questa, se negativa la prima volta, si può ripetere dopo una settimana di semplice cura arsenicale.

Se la cura viene a tempo si può giungere a radicali guarigioni: miglioramento soltanto si ha se la sclerosi cicatriziale è divenuta definitiva.

L'A preferisce le cure mercuriali ed arsenicali (ectina) associate.

PONTANO.

L'anemia degli eredosifilitici.

(J. SEVESTRE. *Thèse de Paris,* 1913).

Tutti i pediatri conoscono quella colorazione pallida, terrea, speciale, che caratterizza i bambini nati da genitori sifilitici, anche quando questi bambini non presentano delle lesioni viscerali o cutanee di sifilide ereditaria.

Ma se questo stato anemico e, diciamo così, eredo-specifico è ben conosciuto dal punto di vista clinico, solo in questi ultimi tempi è stato oggetto di ricerche metodiche per i lavori di Labbé ed Armand-Delille (1903) di Besançon (1904), di Petit e Minet (1905), di Hutinel e Lereboullet (1909) e di Tixier (1911).

La recente tesi di Sevestre, discepolo di Hutinel, compilata sotto l'ispirazione del maestro, tratta magistralmente la questione, che è di grande interesse pratico poichè queste anemie eredosifilitiche costituiscono un gruppo speciale fra le anemie dei neonati.

Secondo Parrot e West, è verso il quarto o quinto mese che lo stato anemico degli eredosifilitici presenta il massimo di intensità, e questo stato è così caratteristico, che la diagnosi di sifilide ereditaria si impone, guardando soltanto il piccolo paziente.

Nei bambini affetti da cachessia sifilitica, dice West, non è soltanto l'aspetto, di piccoli vecchi, che colpisce, ma la colorazione gialla, cerea, della pelle e l'estrema anemia delle congiuntive.

Nel lavoro del Sevestre, condotto con rigorismo scientifico, sono fissati i caratteri ematologici di tale anemia e l'autore seguendo le idee di Hayem e Luzet insiste sulla differenza che esiste fra il neonato e l'adulto per il modo di reagire verso l'anemia stessa.

Mentre è necessario che un adulto sia affetto da una forma grave ed intensa di anemia per riscontrare nel suo sangue delle emazie nucleate, nel neonato si vedono apparire tali emazie in proporzioni variabili nelle anemie anche poco intense.

Negli eredosifilitici si possono riscontrare i tipi più differenti di anemia, dalla anemia semplice, alla anemia infantile pseudo-leucemica ed alla leucemia mieloide.

Sono dei casi dove anche si trova non una diminuzione, ma un aumento dei globuli rossi. Nei casi dove la cifra dei globuli rossi è poco diminuita, esiste abitualmente una diminuzione del valore globulare: al contrario nei casi di forte diminuzione nella cifra dei globuli rossi, si trova generalmente un aumento, certe volte molto importante del valore globulare.

La formula leucocitaria dimostra aumento dei mononucleari.

In tutte le anemie infantili di questo genere quando il bambino non presenta dei disturbi gastro-enterici da spiegare l'anemia, sopratutto se il trattamento coi ferruginosi non migliora sufficientemente e rapidamente la formula del sangue, anche in assenza di tutte le stimmate di eredo-sifilide, bisogna pensare alla sifilide e fare, se è possibile, la reazione di Wasserman.

La natura sifilitica dell'anemia impone un trattamento specifico. Quale il migliore?

Secondo Sevestre quello a base di ferro e di mercurio, amministrando simultaneamente i due rimedi: il mercurio sotto forma di benzoato o biioduro (da tre a cinque milligrammi, secondo l'età, per iniezione ipodermica) il ferro, sotto forma di protossalato (da 15 a 20 centigrammi, per via boccale).

Tixier in un bambino di 10 mesi, che ad un primo esame del sangue aveva 1,872,000 globuli rossi ed il 40 % di emoglobina, con il protossalato di ferro dopo diciotto giorni, vide elevarsi a 2,840,000 i globuli rossi con il 55 % di emoglobina.

Sottoposto alla cura mercuriale dopo 5 iniezioni l'esame del sangue mostrò 3,750,000 di globuli rossi ed il 75 % di emoglobina: associato il ferro al mercurio la cifra dei globuli rossi salì a 4,856,000 e l'emoglobina al 95 % e si mantenne tale finchè i due rimedi furono amministrati simultaneamente.

Sevestre, riguardo al 606, consigliato recentemente in certi casi di anemie perniciose, dice che ancora è dubbia la questione se ed in quale dose possa darsi ai neonati ed accennando ai tentativi fatti al riguardo nelle diverse cliniche, rapporta una osservazione personale.

Trattavasi di un prematuro di due mesi, al quale iniettò due centigrammi di arsenobenzolo: cinque giorni dopo l'iniezione vide aumento del numero delle emazie nucleate, delle forme di transizione e dei polinucleari, ma il tasso dell'emoglobina non aumentò e diminuì la cifra dei globuli rossi.

Il trattamento col 606 secondo Sevestre, ha bisogno di ulteriore ricerche: non lo sconsiglia quindi, come sconsiglia le iniezioni di siero artificiale che determinano forti elevazioni di temperatura, come quelle descritte da Hutinel nei piccoli tubercolosi.

Dott. G. GENOESE.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI SAN GIACOMO IN ROMA.
1° reparto, diretto dal prof. R. DALLA VEDOVA.

Necrosi dell'omero al terzo medio da osteomielite. Parostite e periostite fibrosa. Anchilosi del gomito falsa incompleta in estensione

per il dott. RAFFAELE CORMIO, aiuto-chirurgo.

S... V..., di anni 27, da Roma, impiegato. Nulla dal lato ereditario.

A 6 anni ha sofferto di polmonite: a 15 anni riportò una ferita da arma da fuoco del torace: il proiettile entrato dalla regione posteriore del torace, fu estratto dal lato esterno della radice del braccio sinistro: a detta del paziente la ferita era penetrante, ma senza lesione di organi interni. A 19 anni sofferse di esaurimento nervoso. A 25 anni contrasse la sifilide per cui fu sottoposto ad una prima serie di iniezioni di salicilato di mercurio; riprese la cura più regolarmente alla comparsa di un condiloma piano alla regione perineale che cedette alle iniezioni. Lo scorso anno ebbe ingorgo delle linfoglandole cervicali (una suppurata fu incisa). Nel dicembre del 1908 si presentò un nuovo condiloma perineale; anche questo scomparve a seguito della cura mercuriale.

Nel giugno 1909 contrasse blenorragia che durò tre mesi e si complicò con infezione della prostata. Era da poco guarito della blenorragia quando, nella seconda metà d'agosto, cominciò a soffrire di un dolore tensivo profondo nel 1/3 medio del braccio sinistro, estrinsecantesi più verso la periferia esterna, accompagnato dall'insorgenza di forte febbre. Questa durò circa 2-3 settimane, aveva un andamento intermittente irregolare; gli accessi si presentavano con brivido intenso e raggiungevano ipertermie molto notevoli (40° C.-40°.5).

Intanto il dolore andava progressivamente estendendosi verso l'antibraccio, colpendo anche il gomito: e il braccio si tumefaceva rendendosi edematoso, mentre si riduceva la funzione articolare del gomito, irrigidendosi l'arto sempre maggiormente in una posizione di estensione presso che completa. Dai primi di settembre la febbre è andata progressivamente rimettendo, per presentarsi ad accessi erratici; le condizioni generali andavano intanto decadendo. Riprese allora la cura antisifilitica (facendo 17 iniezioni di salicilato di mercurio da cgm. 5 ciascuna e 20 gm. di ioduro durante il mese di settembre) senza però ricavare beneficio alcuno; anzi la tumefazione del braccio andava a poco a poco estendendosi anche alla periferia interna del braccio e aumentando in consistenza.

In queste condizioni si presentava all'ambulatorio dell'ospedale di San Giacomo, dove fu accolto il 12 ottobre.

Obiettivamente si constatava a carico del braccio sinistro una tumefazione uniforme diffusa dal gomito alla radice dell'arto che lo rendeva circa il doppio più grosso dell'omologo: rivestita da cute di aspetto normale, scorrevole sull'aponevrosi. La tumefazione faceva corpo con lo scheletro, che abbracciava a guisa di un manicotto fusato, duro, fibroso, dal quale era impossibile differenziare i singoli ventri muscolari.

La palpazione soltanto se praticata profondamente e con notevole intensità risvegliava modico dolore, specialmente nella periferia esterna del braccio. L'articolazione del gomito era indolente. L'antibraccio era mantenuto fisso in posizione di estensione quasi completa (ad un angolo di 175°) e i movimenti attivi del gomito erano tutti aboliti: passivamente si potevano imprimere movimenti di flessione e di estensione entro limiti assai ristretti: meno limitati i movimenti di pronazione e di supinazione: tutti dolorosi. L'antibraccio era ipotrofico; normale la condizione della mano; possibili tutti i movimenti sia attivi che passivi nel polso.

Nulla a carico delle linfoglandole dell'ascella, nè delle altre pleiadi. Organi toracici e addominali sani; orine normali.

Nei giorni di degenza prima dell'intervento (dal 12 al 17 ottobre) la temperatura non superò che una sola sera il normale. Dalla conta dei leucociti risultò una lieve leucocitosi (11,000). Fu praticata la oftalmoreazione di Calmette, con risultato negativo.

Ugualmente negativa risultò la sierodiagnosi tifica; negativa la sieroreazione di Wassermann.

L'esame radiografico del braccio sinistro dimostrava che lo scheletro non partecipava alla formazione della voluminosa intumescenza palpabile, perchè l'omero si presentava di configurazione normale: però nel terzo medio in proiezione anteroposteriore si notava una rarefazione midollare e in proiezione laterale nel terzo medio dell'omero e precisamente nella sua periferia postero esterna si apprezzava una cloaca — rispondente in sede

alla rarefazione osservata nella posa precedente — e addossata all'orlo inferiore di questa, l'ombra di un piccolo sequestro non più grande di un cece.

Sulla diagnosi di esiti di osteomielite acuta dell'omero con piccolo sequestro già spontaneamente espulso dal sarcofago con parostite diffusa e miosite sclerosante e pseudoanchilosi del gomito di origine miogena si intervenne.

In narcosi cloroformica si praticò una breccia longitudinale nelle carni del tricipite, si raggiunse il sequestro e si resecò la parete posteriore del sarcofago che si svolgeva per cm. 8 fino a raggiungere sul cavo midollare i limiti di ispessimento superiore ed inferiore.

Zaffamento con garza iodoformica.

Il decorso post-operatorio fu dei più regolari. Dopo due mesi e mezzo dall'intervento si ottenne la cicatrizzazione della ferita operatoria.

In rapporto alla funzionalità del gomito, questa è andata rapidamente riprendendo non appena che, ridottosi il tramite, fu possibile ricorrere al massaggio, ai movimenti passivi ed alla ginnastica. Dall'infermo partito dalla fine di gennaio da Roma, si ha notizia (14 febbraio) che i movimenti sono ritornati pressochè al normale: l'antibraccio può essere flesso attivamente sul braccio sino ad un angolo acuto: la estensione si compie già con energia di poco inferiore a quella dell'antibraccio destro.

Questo caso richiama l'attenzione sia in rapporto alla diagnosi che in rapporto all'esito.

L'infermo erasi contagiato di sifilide da due anni ed aveva fatto una cura antiluetica irregolare: sei mesi prima della comparsa del processo a carico del braccio aveva avuto ancora manifestazioni secondarie (condiloma piano perineale). Dal risultato del semplice esame clinico del malato sarebbe stato ovvio porre in rapporto la osteite, la parostite e la miosite sclerosante con l'infezione pregressa o per lo meno riportare a questa etiologia la flogosi cronica a carico del muscolo e del parostio destata da una osteite acuta (alla comparsa del dolore nel braccio l'infermo era per allora guarito da una infezione blenorragica uretro-prostatica).

Un fatto però in contraddizione con la ipotesi di una periostite e miosite sifilitica si trovava nello accrescimento del focolaio morboso che l'infermo ed il medico curante avevano constatato ad onta e durante la cura antisifilitica (salicilato di mercurio e ioduro). Di più la reazione di Wassermann era riuscita negativa.

Quando la ricerca radiografica dimostrò la esistenza di una cavità midollare maggiore del normale, di una cloaca diafisaria, di un sequestro ormai di sede parostale, fece pensare ad un processo osteitico acuto (con esito in necrosi) dovuto ad una flogosi da germi poco virulenti nella quale l'agente si era andato a mano a mano attenuando così da dare una sorta di flemmone duro, profondo, dei connettivi parostali e perimisiali, e riferibile a stafilococco piogeno bianco.

All'intervento si riscontrò che le carni del tricipite inspessite e dure mostravano una neoformazione connettivale notevolissima diffusa a tutti i perimisi così che il muscolo alla sezione si presentava dell'apparenza della superficie di taglio delle carni di prosciutto molto grasso.

Il materiale fungoso raccolto dalla apertura periostale della cloaca e dall'interno del midollo fu seminato in vari terreni e dimostrò contenere in coltura pura lo stafilococco piogene bianco.

Il reperto istologico di due frammenti di muscolo escissi dimostra una miosite sclerosante spiccatissima. E cioè non solo i connettivi dei perimisi esterni, ma quelli dei perimisi interni ed anche quelli dei perimisi delle singole fibre sono sede di flogosi organizzata notevolissima, così che fra fibra e fibra si vede interposto uno strato connettivale che spesso supera in spessore il diametro di quelle: proliferazione vasale notasi nei perimisi interni e lungo i vasi numerosi e piccoli, focolai di infiltrazione leucocitaria.

La parte più interessante del reperto era rappresentata dalle condizioni in cui si trova la fibra muscolare.

In questa si ha moltiplicazione dei nuclei sarcolemmatici, ma non molto intensa; ma la fibra mantiene la sua caratteristica striatura e solo rarissime fibre — in questa ganga connettivale — presentano alterazioni degenerative. Soltanto nel tratto del muscolo che limitava l'apertura cloacale, dove i fatti flogistici erano più spiccati, si ha degenerazione della fibra e sua sostituzione da parte del connettivo.

Ora questo reperto di miosite sclerosante è così nettamente diverso da quello che si ha nella miosite sclerosante sifilitica (vedi Durante, *Pat. Chirurg.*, II ediz., vol. II, pag. 460) che si credette di non arrecare danno all'infermo soprassedendo alla somministrazione di antiluetici tanto più per il mancato effetto della cura antiluetica durante lo sviluppo della malattia. E il brillante esito anatomico e funzionale conseguito con la asportazione del corpo estraneo e fognatura del focolaio sta a dimostrare che la sifilide non aveva nessuna parte nella produzione del processo morboso.

Il ritorno dei muscoli del braccio alla consistenza normale e le loro condizioni funzionali

rapidamente reintegrate dimostrano che la proliferazione connettivale perimisiale era andata rapidamente a organizzazione completa senza non solo portare alla trasformazione del ventre muscolare in una corda fibrosa (come interviene nella miosite sifilitica) ma neppure lasciando una profonda e grave alterazione della fibra se la potenza contrattile si manifesta (dopo soli due mesi dalla guarigione anatomica) con intensità pressochè normale.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 maggio 1913.

Presidenza del prof. **F. Durante**, presidente.

Dott. **C. Verdozzi**. *Influenza dell'asportazione dell'utero gravido sui corpi lutei gravidici della cavia* (1). — L'O. ricorda innanzi tutto, come nella donna e nella maggior parte dei mammiferi si distinguono due tipi di corpi lutei: il *corpo luteo mestruale* ed *il corpo luteo gravidico*. Quest'ultimo differisce dal precedente per un volume molto maggiore e per una più lunga durata; la maggior parte degli AA. sono concordi nel ritenere la loro identità di struttura.

In altri mammiferi invece (ad es. nel coniglio e nella cdvia) manca, secondo il parere di AA. francesi che recentemente si sono occupati di tale argomento, il corpo luteo corrispondente all'ovulazione periodica, avvenendo in tali animali lo scoppio del follicolo solo in seguito al coito.

In seguito all'ipotesi di Bosn (1903) che attribuì al corpo luteo il valore di una ghiandola a secrezione interna, in quest'ultimo decennio, numerosi ricercatori hanno tentato di fondare a tale dottrina una base sperimentale. Quasi tutti però si sono limitati a ricercare le modificazioni che si determinano nel corso della gravidanza in seguito ad alterazioni di vario genere indotte nei corpi lutei.

Nessuno si è espressamente, invece, occupato del problema opposto, quanto e come influisca la gravidanza sullo sviluppo dei corpi lutei stessi. A risolvere tale questione l'A. ha istituito nelle cavie tre serie d'esperienze:

1° ha ricercato l'influenza dell'asportazione dell'utero gravido sui corpi lutei gravidici;

2° ha eseguito iniezioni di estratti placentari e fetali in cavie vergini;

3° ha fatto iniezioni di estratti placentari e fetali in cavie che avevano partorito di recente o che erano state isterectomizzate.

Si limita in questa prima nota a riferire i risultati del primo gruppo di esperienze in 10 cavie gravide, quasi tutte nella 1ª metà di gravidanza ha eseguito la isterectomia totale; di esse ha poi esaminato le ovaia, uccidendo l'animale dopo un periodo vario, ma tale che la somma del periodo postoperatorio e di quello gravidico decorso prima dell'operazione non sorpassasse la durata media di gravidanza della cavia. Delle ovaia asportate ha preso in considerazione il peso, la grandezza dei corpi lutei, i caratteri microscopici di questi ponendo tutto in raffronto con ovaia di altre 10 cavie gravide in cui la gravidanza era continuata indisturbata.

Le conclusioni di tali esperienze possono essere così riassunte:

1° Nella cavia si osserva durante la gravidanza un forte aumento del peso complessivo delle ovaia, che può raggiungere il doppio di quello delle ovaia controllo. Tale aumento di peso è in gran parte però dovuto al tessuto interstiziale dell'ovaia; in parte minore allo sviluppo dei corpi lutei.

In seguito alla isterectomia il peso delle ovaia diminuisce e rapidamente torna alla norma.

2° Anche la grandezza dei corpi lutei diminuisce rapidamente in seguito alla isterectomia.

3° Il reperto istologico dei corpi lutei di cavie isterectomizzate, dimostra evidenti segni di regressione.

Tali risultati chiariscono in gran parte il determinismo di sviluppo dei corpi lutei gravidici e permettono di sospettare che dall'uovo e dal prodotto del suo sviluppo vengano riassorbite delle sostanze chemomtofoliche (ormoni?) eccitanti lo sviluppo dei corpi lutei stessi.

Prof. **Giulio Alessandrini** e prof. **Alberto Scala**. *Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra*. — (La comunicazione dei predetti AA. è stata pubblicata per disteso nel n. 23 dell'8 giugno 1913 di questo periodico a pag. 805).

Il prof. **Celli**, prendendo la parola sull'argomento, ricorda brevemente le vecchie teorie emesse sulla etiologia della pellagra ed i lunghi studi eseguiti nel suo laboratorio da molti valorosi sperimentatori su tale proposito. Si congratula con gli Oratori per i risultati ottenuti ed è lieto che colle ricerche di Alessandrini e Scala si è aperto, forse, un nuovo indirizzo allo studio di alcune malattie la cui etiologia, fino ad ora, è rimasta oscura.

(1) Tale comunicazione inscritta nell'ordine del giorno della seduta del 27 aprile 1913, fu per l'ora tarda rinviata alla seduta successiva.

Il prof. Gosio, non disconosce l'importanza scientifica dei fatti annunziati, da un punto di vista generale; ma crede necessarie molte riserve circa la loro interpretazione in rapporto all'etiologia della pellagra. Fra le obiezioni, che si affacciano, cita le più ovvie:

1° Mentre la pellagra è circoscritta a determinati luoghi, acque silicifere si bevono certo dovunque. Alessandrini stesso rileva questo contrasto e Scala cerca di spiegarlo colle varie condizioni per cui la silice può rendersi più o meno solubile ed attiva.

È però da domandarsi, come mai simili condizioni intervengano soltanto per le acque delle plaghe pellagrose e non mai per altre, ad es. per quelle dei grossi centri. Se la pellagra è un avvelenamento da silice colloidale: l'agente pellagrogeno si precisa col precisare le dette condizioni. Il certo si è che esistono *regioni estesissime* dove — campagna e città — la pellagra è sconosciuta: ammettere, che in nessun punto di esse possano bersi acque, che, dal lato chimico, si equivalgono a quelle bevute in terre pellagrogene, è ammettere cosa per lo meno *sorprendente*.

2° La pellagra non è solo un fenomeno circoscritto nello spazio, ma anche nel tempo; dal marzo all'aprile (e sempre su per giù all'istessa epoca) l'endemia si risveglia fino ad assumere il carattere di un vero parossismo. Una causa chimica, nel senso voluto dagli AA., non dovrebbe agire con tanto rispetto cronologico e condurre tanti organismi a risentirne gli effetti solo in quel preciso periodo.

3° Gli AA. citano a loro sostegno il criterio curativo e, veramente, esso conforterebbe, se la terapia da essi proposta agisse solo nel senso specifico desiderato, se ogni altro benefizio collaterale fosse escluso e, sopratutto, *se fosse ben accertata la guarigione su una casistica notevole e ben sicura*. Ma l'O. dubita, che un tale studio sia stato fin'ora condotto con tale attendibilità da illuminare l'etiologia. Teme, per i casi riferiti, l'influenza di altri fattori.

L'O. rilevando che gli AA. si propongono di togliere alle acque il potere pellagrogeno, a mezzo di un ciottolato calcare da porsi in fondo ai pozzi dice, che la corrispondenza pratica del metodo fornirà elementi di giudizio. Se inoltre gli AA., in base a tante ricerche fatte, designassero la composizione tipica di un'*acqua pellagrogena*, si vedrebbe, se *tali acque esistino solo in località pellagrose*.

L'O. poi non condivide l'opinione del professor Celli sul *tramonto della teoria maidica*. Per lo meno è altrettanto grave il dichiarare il trionfo di qualsiasi fra le nuove venute, tanto più che ognuno dei numerosi nuovi teoristi si mostra convinto della verità dei suoi propri concetti e dell'errore di quelli altrui. I punti oggi oscuri del tossicozeismo potrebbero domani chiarirsi. Spiega come a far ritenere pellagrogeno il mais guasto, basti il carattere anafilattico dei veleni relativi, per cui, anche sperimentalmente, riesce di produrre nei grossi animali un avvelenamento tipico, colla sola somministrazione, a lungo protratta, di dosi piccole, non tossiche per sè stesse in modo apprezzabile. Tuttavia la verità meglio dimostrata dovrà trionfare. E l'O. si augura che Alessandrini e Scala estendano ed approfondiscano le loro indagini in misura da togliere, cogli appunti fin oggi doverosi, quelle incertezze, che tanto ostacolano le applicazioni pratiche.

Il socio Campana dice: Io devo compiacermi di questi studi su nuove cause della pellagra, perchè riaffermano il mio concetto della pluralità delle cause di questi mali; e per questo, se li lodo, non posso lasciare da banda la teoria maidica ed i conseguenti studi sull'azione degli ifomiceti compiuti con ricerche chimiche degli ultimi tempi.

I colloidi però, perchè colloidi, agiranno sugli intestini, nuocendo, se bevuti coll'acqua; questo nocumento è sugli intestini però, perchè essi colloidi non vengono assorbiti. Com'è che un rimedio che combatte questi colloidi; o la formazione di questi colloidi, dovrebbe giovare agli effetti delle alterazioni venute nell'organismo per quei veleni colloidali che hanno agito nel tubo gastroenterico? Comprendo che i cloruri possono crescere, per effetto di un medicinale e di un veleno (nel loro pervenire nelle urine) ma possono crescere pure perchè si beve più liquido. Vedo nei diagrammi cresciuti i poteri dinamici (dinamometri) dei sottoposti a cura, ma so benissimo che anche un semplice calmante, come un alcaloide ipnotico, possa, riordinando, col deprimere (attutire) una parte di queste forze, le psicodinamiche, le psicosensitive, far funzionare le altre forze di riserva, che vengono dal sistema ganglionare: e far rialzare e riordinare una funzione complessa di moto. D'altro canto io non vedo rialzati i poteri nutritivi, perchè la curva del peso del corpo non ne dà nel caso nostro. Non credo che gli AA. abbiano dimostrato quel che brillantemente suppongono tanto nell'uomo come negli animali e non so perchè quegli effetti prodotti sugli animali devono dirsi pellagra.

Rispondono i professori Alessandrini e Scala.

Dott. **Artom di Sant'Agnese.** *Rottura spontanea completa dell'utero in travaglio complicata da lacerazione della vescica.* — L'O. presenta una donna che ebbe rottura spontanea completa dell'utero in travaglio complicata da lacerazione della vescica. Il feto fu estratto con atto operativo. L'O. descrive l'operazione eseguita. A. BALDONI.

Società medica chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 22 maggio 1913.

Dott. **A. Sanguinetti** (assistente onorario alla Regia Clinica medica). *Primi effetti del benzolo in un caso di leucemia mieloide.* — Riferisce lungamente intorno a un caso di tale malattia, in persona di certa R. C. di anni 42, contadina in quel di Forlì, accolta in clinica il 28 gennaio 1913. Il sommario dei dati era il seguente: stato di nutrizione scadentissimo, pallore intenso; vene superficiali del petto e dell'addome turgide e tortuose; gangli linfatici normali; non febbre; limiti del fegato: l'inferiore a otto cm. dell'arcata costale sul prolungamento della linea ascellare anteriore, a nove cm. sul prolungamento dell'emiclaveare e undici cm. dall'apice dell'appendice ensiforme; la milza deborda dodici cm. dall'arcata costale sul prolungamento della emiclaveare e giunge in alto alla nona costa sull'ascellare posteriore: cuore nei limiti normali; soffio sistolico aspro su tutto il manubrio dello sterno; reazione di Wassermann negativa; urina senza albume; globuli rossi 2,400,000; globuli bianchi 643,560, polin. 46 %, mielociti 37 %, v. gl. 0.93.

Dal 18 febbraio al 4 marzo fu la paziente alla cura Röntgen sottoposta. Le applicazioni furono 9 e piuttosto deboli, cioè ognuna un decimo di dose normale, durata di 10 minuti, distanza focale 28 cm., tubi non molti duri. 25 giorni dopo la cessazione della cura coi raggi X la milza e il fegato erano piuttosto ingranditi e l'esame del sangue dava: globuli rossi 1,977,000, globuli bianchi 536,000, polin. 29 %, mielociti 44 %, v. gl. 1.02.

Lasciando parecchi altri dati obbiettivi che qui sarebbe lungo riferire, il 30 marzo, cioè 35 giorni dopo la cessazione della cura coi raggi X, s'incominciò la cura del benzolo. Venne questo somministrato alla dose di 3 grammi al giorno in sei capsule gelatinose, contenenti mezzo grammo di benzolo puro e mezzo grammo di olio di olive. L'esame del sangue venne metodicamente esaminato e dimostrò una rapida caduta dei globuli bianchi mentre i globuli rossi aumentarono. L'esame del 9 maggio diede: globuli bianchi 74,400, globuli rossi 2,862,000, v. gl. 0.75. In questo giorno, che era il quarantesimo di cura col benzolo, fu sospesa la somministrazione.

La milza, il fegato si mostrarono impiccioliti, le vene meno visibili. Durante la cura col benzolo l'inferma non ne ebbe molestia; aumentò tuttavia la diarrea mentre d'altra parte diminuirono i dolori, nonchè la frequenza del polso. Il 21 maggio, cioè 12 giorni dopo la cessazione dell'uso del benzolo, l'esame del sangue diede: globuli rossi 4,400,000, globuli bianchi 14,200, polinucleati 78 %, mielociti 6 %, v. gl. 0.45. Il disserente presenta varie grafiche di tutti questi esami, le quali pongono in vista le differenze fra un esame e l'altro; e si riserva di riferire nuovamente sopra il caso, che tuttora resta in osservazione in clinica e nel quale l'effetto del benzolo è stato fino ad ora veramente lusinghiero: si ripromette ancora di riferire intorno al ricambio, al peso corporeo, alla temperatura di questo caso e di paragonarlo coi numerosi altri casi resi di pubblica ragione in questi ultimi tempi all'estero, e ringrazia gli assistenti prof. dott Gnudi e Facchini, preposti alla sezione che ricovera la ammalata, per la benevola accoglienza.

Dott. **G Rocchi** (assistente alla Regia Clinica chirurgica). *Esame di alcuni tessuti e secreti al microscopio polarizzatore come sussidio alla diagnostica chirurgica.* — La mielina dei nervi e del sistema nervoso cerebrale fatta di lipoidi allo stato cristallino liquido è birifrangente. Mentre il fatto fu già notato fino dal 1854 dal Virchow, l'applicazione invece del microscopio polarizzatore nella pratica come metodo corrente di esame del sistema nervoso non è stata usata. Sopra tale applicazione esiste un breve cenno in una recente comunicazione alla Società di biologia di Parigi per parte di Russy e Laroche. Il Rocchi invece da due anni usa il microscopio polarizzatore per l'esame dei nervi e del sistema nervoso centrale tanto allo stato normale quanto allo stato patologico, e può accertare che esso mette in evidenza la mielina in modo semplice, rapido, elegante.

La tecnica che egli segue è: fissazione dei pezzi in formalina al 10 %; sezione al microtomo congelatore; inclusione nella gomma-siroppo dell'Apatj, senza previa colorazione. I preparati colorati durano poco, perchè si possono formare dei cristalli di colore che per la loro birifrangenza sono causa di errore.

Mostra quindi numerosi preparati e poi esegue delle microproiezioni nelle quali fa osservare l'aspetto col quale nervi normali o degenerati, varie parti normali del cervello, peduncolo, ponte, bulbo, cervelletto, midollo normale e degenerato, si presentano al microscopio polarizzatore.

Il metodo microfisico usato dal disserente può essere molto importante per l'esame del materiale estratto colla puntura esplorativa del cranio secondo Neisser e Pollack, ed anche per esaminare materiale nel quale si sospetti la presenza di materia cerebrale o spinale. Esso può essere di sussidio anche alla medicina legale. Materiale non birifrangente estratto colla puntura di Neisser e Pollack dal cervello in luoghi ove non esistano grossi nuclei cerebrali, al semplice esame al polarizzatore può fare sospettare la presenza del tumore, e ciò perchè la maggior parte dei tumori cerebrali è formata da tessuti non birifrangenti.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI TECNICA.

Metodi clinici di ricerca dell'acetone e dell'acido diacetico.

Bonamour ed Imbert hanno portato modificazioni nella tecnica delle reazioni di Legal e di Gerhardt per la ricerca dell'acetone e dell'acido diacetico (*La Presse Méd.*, 15 febbraio 1913).

Le due reazioni, facili ad eseguirsi a letto del malato, ma non comparabili tra di loro come troppo spesso si crede, ed importanti entrambe per il loro particolare significato, secondo i dettagli degli autori devono essere praticate seguendo la seguente tecnica:

Acetone. A 15 cmc. d'urina filtrata si aggiungono 20 gocce del reattivo di Legal modificato (acido acetico glaciale 10 gr. soluzione di nitroprussiato sodico a un decimo 10 cmc.) si mescoli dolcemente; quindi si facciano pervenire seguendo la parete del tubo di saggio una ventina di gocce d'ammoniaca a 22° Baumé sulle superficie del liquido. Se l'acetone è presente anche a dosi di 1:2000 compare un anello violetto nella superficie di contatto dei due liquidi.

Con tale metodo gli AA. hanno potuto constatare che l'acetone esiste nell'urina di molti malati non glicosurici, al di fuori della presenza dell'acido diacetico.

Acido diacetico. Si diluisce l'urina con 4 volumi d'acqua e vi si versa a goccia a goccia una soluzione di percloruro di ferro 1:10. Se l'urina è normale dà un precipitato biancastro a forma di nubecola; se invece contiene acido diacetico anche alla dose di 0:10 per 1000 il precipitato assume un colorito nero-viola assai marcato.

Tale reazione di Gerhardt modificata caratterizza solo la presenza di acido diacetico, ed è di facile esecuzione a letto del malato.

t. p.

Sulla presenza dell'acido lattico nel succo gastrico.

Il Bonanni ha ricercato (*Bull. dell'assoc. fra i cultori di scienze mediche e naturali in Roma*) nel succo gastrico puro, proveniente da animali operati secondo Paulow-Heideneim di stomaco succenturiato, la presenza dell'acido lattico, per risolvere l'ancora discusso problema se cioè l'acido lattico rappresenti nello stomaco un prodotto secretivo delle glandule gastriche, oppure un'impurità del succo gastrico stesso.

Gli animali furono tenuti rispettivamente a dieta idrica, carnea (carne magra di cavallo), amidacea (pane), lattea, mista. Non riuscì mai l'A., usando i più esatti metodi analitici a dimostrare la presenza di acido lattico nel succo gastrico. L'acido lattico comparve e fu possibile dimostrarlo chimicamente se agli animali si praticò prima un'iniezione di acido lattico o di lattato di sodio.

Le esperienze confermano la giustezza di quanto il Frouin ha asserito che cioè l'acidità del succo gastrico puro è dovuta interamente ed esclusivamente all'acido cloridrico libero.

t. p.

CASISTICA.

Sulla calcolosi del pancreas.

Secondo Glaessner, *Wiener kl. Wochenschr.*, 1913, n. 13, la diagnosi di calcolosi pancreatica viene stabilita assai raramente, quantunque non siano troppo rari i casi nei quali l'anatomo-patologo può constatare la presenza di concrezioni nel pancreas. Questa sproporzione dipende essenzialmente dal fatto che i criteri diagnostici per riconoscere le affezioni pancreatiche sono ancora assai scarsi e malsicuri, malgrado i progressi compiuti recentemente in questo campo. L'A. ritiene che, col progredire delle nostre cognizioni intorno ai sintomi delle malattie del pancreas, la diagnosi clinica di calcolosi di questo organo diverrà notevolmente più frequente.

L'A. riporta quattro casi di questa affezione, facendoli seguire da brevi considerazioni diagnostiche. In questi infermi si ebbe, per più mesi, dimagramento, ittero, disturbi dispeptici, pigmentazioni cutanee; e tutti questi sintomi regredirono rapidamente dopo che, in un più violento attacco di colica, venne espulso il calcolo. L'esame delle feci dette risultati caratteristici solo nel momento delle coliche (presenza di fibre muscolari nucleate non digerite, grassi neutri, cristalli di acidi grassi). All'infuori di questi periodi le feci apparivano normali; ciò che dimostra come l'insufficienza pancreatica sia soltanto transitoria. L'ittero, sintoma non costante, è dovuto alla partecipazione secondaria del coledoco. Solo una volta l'A. notò glicosuria spontanea. La glicosuria alimentare riuscì invece positiva, specialmente quando l'esame veniva praticato poco tempo prima, o poco tempo dopo l'attacco di colica. Fenomeno interessantissimo, constatato dall'A. in due casi, fu che la somministrazione di glucosio dava luogo

costantemente ad un aumento di temperatura fino a 39°; un fatto questo di cui ancora non è possibile dare una spiegazione sicura.

Dal punto di vista terapeutico l'A. comunica di aver ottenuto buoni risultati somministrando dell'olio e facendo praticare lavaggi abbondanti con liquidi alcalini; ciò che del resto corrisponde a quanto hanno già esposto altri autori (Skaller). Moynihan ha tentato l'intervento chirurgico, ma questo non è scevro di pericoli (necrosi grassa).

V. FORLÌ.

Sul diabete di origine renale nella gravidanza.

Novak Porges e Strisowes (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1912, n. 40) furono spinti a speciali indagini intorno alla glicosuria delle gravide dalla osservazione di due interessanti casi, uno dei quali appartenente ad essi, l'altro già antecedentemente pubblicato da von Noorden. In questi casi la quantità di zucchero eliminata nelle 24 ore era sensibilmente indipendente dalla alimentazione. Tale indipendenza costituisce, insieme con l'assenza di iperglicemia, la caratteristica del diabete di origine renale, quale esso è determinato dalla fluoridizina (e anche, come dimostrò Pollak, da preparati di uranio e di cromo), e che dipende da una abnorme permeabilità del rene rispetto allo zucchero.

Parve agli AA. interessante stabilire se si trattasse in questi casi di una pura coincidenza della gravidanza con una affezione da questa del tutto indipendente, o piuttosto di una forma morbosa in rapporto con la gravidanza stessa. Nelle loro ricerche in donne gravide che presentavano glicosuria, gli AA. poterono riscontrare, nel breve periodo di quattro settimane, ben 5 casi nei quali la glicosuria si mostrava indipendente dalla alimentazione, e non era accompagnata da iperglicemia. Basterebbe questa frequenza di casi per far ritenere che la detta glicosuria dipenda dalla gravidanza; una ipotesi questa la quale viene confermato dal fatto che la eliminazione dello zucchero scomparve rapidamente nel puerperio.

Queste osservazioni farebbero nascere il dubbio che la ben nota glicosuria alimentare delle gravide, la quale viene riferita a un disturbo di funzione del fegato, non abbia solo origine epatico, ma sia, almeno in parte, in rapporto con la maggiore permeabilità del rene per lo zucchero.

V. FORLÌ.

Pubblicheremo prossimamente:

Ercolani, Alcune considerazioni sullo strapazzo mentale.

Forlì, Gli stati di ansia.

TERAPIA.

Le nuove idee sulle indicazioni operative nei traumatismi del cranio.

Nei traumatismi aperti o chiusi del cranio il chirurgo non esiterà ad esplorare col bisturi alla mano lo stato della teca ossea. Egli si regolerà secondo le lesioni che riscontrerà, in ogni caso l'integrità dello scheletro non costituisce una controindicazione assoluta per la trapanazione.

Questa pratica dell'intervento esploratore sistematico, della trapanazione profilattica, e della trapanazione anche senza frattura, ci allontana evidentemente molto dalle idee classiche attuali, ma presenta il grande vantaggio di non far passare inosservate le gravi lesioni anatomiche, che, non convenientemente curate, si manifestano presto o tardi con dei disturbi organici o psichici.

I disturbi psichici precoci sono di una relativa benignità, per converso i disturbi mentali tardivi sono sempre gravi poichè sono incurabili e sono incurabili perchè si basano su delle lesioni anatomiche definitivamente costituite, fessure o scheggie ed il più delle volte reliquati di vecchi processi infettivi che hanno apportato delle aderenze, dei focolai di sclerosi e porencefalia.

Cosicchè, dato tutto ciò, il quadro delle antiche forme classiche è divenuto troppo ristretto. Coll'aiuto degli elementi nuovi che l'intervento ci apporta tutti i giorni, conviene di rifare completamente la storia clinica dei traumatismi cronici, di procedere ad un nuovo inventario dei sintomi, di fissarne esattamente i caratteri e di ricostituire una nuova gerarchia. È solo così che la clinica, ricostituita su basi nuove ed appoggiata oramai su una tecnica razionale e sicura nei suoi risultati, ci potrà condurre verso nuove indicazioni operatorie e specialmente verso la profilassi delle complicazioni tardive (REVEL, *Le Bulletin Médical*).

TR.

La cura degli accidenti dovuti all'elettricità.

La morte consecutiva alla folgorazione è dapprima solo apparente; qualunque siano le condizioni o la gravità dell'accidente vi è sempre un periodo di tempo, che va da pochi minuti ad un tempo piuttosto lungo, in cui è possibile ridare la vita alla vittima mediante la respirazione artificiale: è quindi primo dovere di chi assiste all'accidente di far ciò.

Se la vittima si è distaccata dal contatto, si può subito soccorrere; ma se è rimasta ancora in contatto è pericoloso andarla a soccorrere senza le dovute precauzioni: basta non toccare il corpo della vittima ma tirarla per gli abiti, ovvero to-

gliersi la giacca, mettere le mani nelle maniche per evitare la scossa. In tali casi si può toccare impunemente il corpo della vittima purchè la la stoffa della giacca sia asciutta e non troppo sottile.

La respirazione artificiale deve essere continuata per almeno due ore se il paziente non riprende prima la vita: in molti casi bastano solo pochi minuti: dopo il ritorno della coscienza è necessario un riposo completo per almeno due giorni.

Praticando le regole suesposte ogni vittima può rivivere, se naturalmente prima era in condizioni di buona salute.

P. A.

Le complicazioni della puntura esplorativa della pleura.

Il Dayton di New York mette in rilievo due punti finora poco noti, che cioè nei casi di puntura esplorativa della pleura seguiti da complicanze spiacevoli quasi sempre si era verificato la puntura del parenchima polmonare e quasi sempre anche si aveva a fare con un polmone in istato di indurimento. Quindi l'A. raccomanda le precauzioni seguenti:

a) Nei malati affetti da polmonite o da pleurite con versamento evitare il passaggio rapido dal decubito orizzontale alla posizione assisa ed anche il decubito sul lato sano.

b) Adoperare un ago più fine che sia possibile, scegliere accuratamente il punto dove si deve pungere ed immergere l'ago per quel tanto che basta per arrivare al liquido.

c) Impedire nella misura del possibile i movimenti del malato ad evitare ogni mobilità non indispensabile dell'ago.

d) Non impiegare mai la puntura esplorativa quale mezzo sbrigativo e comodo di diagnosi là dove è sufficiente la ricerca accurata dei segni fisici.

Se è però bene conoscere tutti gli inconvenienti a cui può dar luogo la puntura esplorativa, d'altro canto sarebbe deplorevole che essa fosse considerata *come pericolosa in linea generale* e quindi messa da parte! Invece allorchè i segni clinici sono tali da non concedere una diagnosi precisa ed allorchè si sospetta la presenza di un empiema si praticherà — ed in particolar modo nel bambino — la puntura esplorativa. Sono più numerose le vittime dovute ad una diagnosi troppo tardiva di empiema che quelle dovute alle complicazioni della puntura esplorativa della pleura. (*Journ. des Praticiens*, 25 giugno 1912).

Tr.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(117) *Sull'etiologia della pellagra.* — L'affermazione di Alessandrini e Scala « essere la silice il vero agente etiologico della pellagra » non può certo « nè convertire gli scettici, nè decidere i dubbiosi ». Esercito in una zona, dove venti, venticinque anni fa, la pellagra faceva strage: dalle forme più lievi di eritema al cosiddetto tifo pellagroso, era tutta una gradazione di manifestazioni morbose, da far ritenere il Cremonese, la rocca forte del terribile male.

La mortalità per pellagra, in quell'epoca, era elevatissima. Attualmente in questa plaga, si riscontra qualche caso sporadico, ma ormai il *maidismo* non è altro... che un doloroso ricordo.

Orbene, si sono apportati una quantità di miglioramenti alle condizioni di vita dei nostri contadini, ma disgraziatamente nulla, assolutamente nulla (salvo rarissime eccezioni), si è fatto per la potabilità delle acque. *Le prese d'acqua* sono ancora quelle di 30 anni fa, tanto vero che il tifo nella provincia di Cremona è endemico e dà ancora cifre impressionanti di morbilità e mortalità.

Come si spiega il fatto?

Ossequi. Dott. E. FILIBERTO BORDONI.

Cingia de' Botti (Cremona).

Gli AA. potrebbero rispondere:

1° Che la grande quantità di miglioramenti alle condizioni di vita dei contadini hanno certo contribuito alla diminuzione della pellagra;

2° Che il granoturco bruciando nel nostro organismo dà ceneri acide e può in via secondaria essere dannoso;

3° La persistenza del tifo non significa proprio niente.

Del resto, a quanto sappiamo, gli AA. della nuova teoria pubblicheranno presto il lavoro completo. Sarà bene attendere questa pubblicazione prima di discutere più ampiamente. I. T.

(118). *Aborto interno?* — Prego codesta Redazione sapermi dire intorno al caso qui narrato. Donna 34 anni, bacino piatto. Due gravidanze. La prima 6 anni fa abortiva al 3° mese coi resti placentari. La seconda or sono 3 anni pure al 3° mese ma non coi caratteri di una vera e propria gravidanza. Fu in cura dal medico mio predecessore il quale pare abbia stabilito diagnosi di mola sanguigna (carnosa ?).

Attualmente (un mese fa) richiesto di visita ginecologica per stabilire se vi sia o no gravidanza, per certi fenomeni simpatici ho potuto stabilire i caratteri di nuova gravidanza di circa 2 mesi. All'esplorazione si nota un liquido attaccaticcio alle dita di colore di fonduta di caffè.

Potrei perciò stabilire diagnosi di sopraddetta mola?

In caso di nuovo, certo aborto (se veri i fatti suddescritti), si potrebbe tentare il raschiamento ostetrico per far libera la cavità uterina e per avere una gravidanza eventuale a termine? Trattasi di una famiglia che spera con un tale atto operativo di avere un erede e mette a tutta prova la pazienza del medico. Come potrei in tal caso comportarmi?

Ringraziandola attendo al prossimo numero del « Policlinico » una risposta a questa lunga questione che basterà Ella vorrà nella sua relazione accennare per sommi capi anche colle semplici sigle Dott. A. V. di R.

Rispondiamo in via d'eccezione, pure trattandosi di un caso specifico.

Si è in presenza probabilmente di aborto interno e molto verosimilmente di aborto interno si è trattato nelle gravidanze precedenti. In quanto al bacino piatto sarà da verificare e misurare qualora una gravidanza successiva progredisse regolarmente.

Per il momento attuale nulla da fare altro che una vigilante attesa, e qualora si dichiarasse l'aborto, espletarlo digitalmente, e in caso estremo ricorrere ad un raschiamento con *curette* smussa. Qualora poi invece che di gravidanza in atto con aborto interno si trattasse di una endometrite, ricorrere ad un esatto raschiamento ginecologico.

Circa la possibilità di avere una gravidanza condotta al termine, occorre anzitutto verificare esattamente la causa degli aborti ripetuti, e all'occorrenza praticare l'esame del sangue per la Wassermann. Se si può escludere lues, allora probabilmente la causa è da ricercarsi in una profonda alterazione flogistica cronica dell'endometrio, che potrà essere rimossa con un raschiamento ginecologico.

f. b. l.

(119). *Sulla composizione della tintura di noce vomica.* — Pregasi di rispondere nella rubrica «Posta degli abbonati», alla domanda: in quante goccie di tintura di noce vomica (FI) è contenuta la quantità di stricnina di un milligrammo di solfato di stricnina.

Grazie. Cordiali saluti.

P. C. (Abb. 2823.)

La F. I. considera che la tintura di noce vomica abbia un contenuto di alcaloidi (stricnina e brucina) non inferiore a 0.25 %.

Il contenuto dei due alcaloidi si considera in media a parti uguali. Per quanto la brucina abbia un'azione assai più debole della stricnina, non può essere trascurata. Quindi considerando il minimo di alcaloidi contenuto nella tintura di noce vomica come di gr. 0.2 % come tutta stricnina, si ha che *gocce* 20-25 di tintura di noce vomica equivalgono ad un contenuto *minimo* di alcaloidi pari ad *un milligrammo di solfato di stricnina.*

E. C.

(120). *Cura del lupus.* — Rammento d'aver letto che per la cura del lupus si può adoperare una pomata fatta con paraffina e tubercolina antica Koch: ma non rammento le proporzioni. Se anche loro trovano giusto questo tentativo di cura, mi saprebbero indicare il dosaggio?

Con vivi ringraziamenti

Casalpusterlengo.

Abbonato 5929.

Se il collega ha letto di coteste applicazioni locali di tubercolina Koch, fa bene a non ricordarne il metodo e la preparazione farmaceutica — e non farà sciupare tempo e danaro. — La cura locale del lupus può essere soltanto demolitrice o distruttrice (cura Finsen, raggi X, corpi radioattivi, diatermia). Non per questa via potranno dimostrare le tubercoline la loro efficacia terapeutica.

p. s.

(121). *Trattati sulla tubercolosi.* — Potrebbe Ella indicarmi un libro pubblicato di recente nel quale sia svolto il vasto argomento della tubercolosi umana in modo completo e sintetico?

Si compiaccia di rispondermi nella Posta degli abbonati del *Policlinico* (Sezione Pratica). Grazie ed ossequi.

Romano Lombardo (Bergamo).

Dott. ALFREDO MARCONI.

Come è stato più volte dichiarato, di regola non forniamo indicazioni bibliografiche.

A titolo di eccezione possiamo suggerire:

Bandelier u. Roepke, « Die Klinik der Tuberkulose », 2ª ed., Würzburg, 1912, C. Kabitzsch;

Epstein, « Taschenbuch der Tuberkulose », Berlin u. Wien, 1910, Urban-Schwarzenberg;

Castaigne et Gourand, « La tuberculose », Paris, 1912, A. Poinat;

De Silvestri, « Come si evita la tubercolosi », Torino, 1909, C. Clausen;

« Tuberculosis », by many authors; edited by New York, 1909, A. C. Klebs.

Sulla tubercolosi polmonare:

Rénon, « Le traitement de la tuberculose pulmonaire », Paris, 1912, Massot et C.ie.;

Kuss, « Traitement de la tuberculose pulmonaire » in « Thérapeutique des maladies respiratoires », Paris, 1911, J. B. Baillière et F.;

Barbier, « Tubercolosi polmonare », traduz.; Torino, 1911, Unione Tip. Editrice.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

C. BRUNETTI. **Le cisti e i neoplasmi del mesentere.** Amministrazione del « Policlinico ». Roma, 1913. L. 10.

L'A. divide il volume in tre parti: nella prima espone le *nozioni generali*, occupandosi dell'anatomia, embriologia, fisiologia e storia delle cisti e dei tumori del mesentere. Nella seconda tratta della loro etiologia, patogenesi ed anatomia patologica. Nella terza ed ultima espone la clinica di tali manifestazioni morbose.

Undici figure, intercalate nel testo, di circa 400 pagine, servono ad illustrare l'argomento.

Nella prima parte ha speciale importanza lo studio dello sviluppo e della distribuzione dei vasi e gangli linfatici dell'apparato dirigente e le ricerche personali dell'A. sulle aberrazioni e regressioni dei vasi linfatici in via di sviluppo. Pazienti e prolungate indagini necroscopiche su più che 100 feti e neonati lo inducono, se non a contraddire apertamente, per lo meno ad accettare con molta riserva la teoria di *Ranvier*.

Nella seconda parte troviamo encomiabile la classificazione che l'A. propone, in 4 tipi principali: *cisti semplici; cisti neoplasiche; neoplasie; pseudo-neoplasie;* con i loro sottogruppi e varietà.

Nella confusione che fin ora ha dominato il campo questo dell'A. ci sembra il più riuscito tentativo di ordinamento, in quanto è basato su dati embriologici ed istologici, associati ai criteri clinici.

Le cisti semplici sono suddivise in *linfatiche*, da ritenzione; in *emorragiche*, da traumi; in *gassose*, da causa ignota ed in *parassitarie*, da echinococco.

L'etiologia, l'anatomia patologica ed una ricca e diligente casistica formano per ogni varietà dei capitoli spesso di singolare importanza, sempre di grande interesse.

Il tipo delle cisti neoplasiche comprende: le *ectodermiche*, le *mesodermiche linfatiche*, le *wolffiane*, le *entodermiche* e in fine i *teratomi* e le *inclusioni fetali*.

Quanto alla classe delle *neoplasie*, l'A. fa rilevare come siano state incontrate nel meso quasi tutte le varietà note; nondimeno riconosce come più frequenti, fra le benigne: i lipomi, i fibromi; i mixomi, gli angiomi; fra le maligne: i sarcomi ed i linfomi.

La *clinica delle cisti e dei neoplasmi* è forse la parte più pregevole del volume ed in essa l'A. ha fatto tesoro della larga esperienza acquistata negli anni di servizio ospedaliero, esperienza integrata dagli insegnamenti dei valorosi maestri che ebbe a guida amorevole.

Il libro non è certamente destinato alla generalità degli studenti, ma tutti i medici vi troveranno nozioni ed insegnamenti preziosi.

Chi si occupa poi di patologia chirurgica speciale di e clinica operativa ne ricaverà grande utilità, tanto più che la nostra letteratura mancava di un buono e serio lavoro del genere e la lacuna si può oggi, bene a ragione, dire colmata.

T. FERRETTI.

MAUCLAIRE. **Chirurgie générale et Chirurgie orthopédique des membres.** (« Nouveau Traité de Chirurgie » Le Dentu-Delbet), L. 10. Baillière et Fils, Paris.

Durante il periodo della crescenza si hanno frequentemente deformazioni ossee ed articolari, lesioni muscolari e nervose, alle quali seguono affezioni e deviazioni speciali degli arti che rientrano nel campo dell'ortopedia o della chirurgia infantile.

In questo bel volume del Trattato di chirurgia del Le Dentu e Delbet, il Mauclaire tratta delle lesioni traumatiche, delle flogosi e neoplasmi, delle malformazioni, deformità e malattie congenite od acquisite degli arti superiori ed inferiori. Ne tratta con ordine e chiarezza, sopra tutto per quanto riguarda la clinica e la medicina operatoria. Più di 300 figure illustrano e rendono praticamente più utile il manuale.

p. s.

M. SCHIAVONI. **Patologia e terapia chirurgica dei calcoli della vescica urinaria.** Unione Tipografico-Editrice Torinese. L. 15.

Un libro che analizzasse e sintetizzasse tutte le nozioni attinenti alla cistolitiasi ed alla sua cura era di grande utilità per il medico pratico e per gli studenti in medicina.

Premesso lo studio dei caratteri fisici dei calcoli vescicali, l'A. in tanti capitoli esaurienti tratta della etiologia, patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia, diagnosi e prognosi dei calcoli vescicali. Attingendo ad una ricchissima letteratura esamina tutte le varie dottrine e teorie attinenti alle singole questioni della cistolitiasi vescicale e, forte della propria esperienza e della propria larga coltura, ne fa la critica e ne trae le conclusioni migliori.

In un capitolo vastissimo tratta la cura della cistolitiasi: ne fa la storia risalendo fino ai primi tentativi di cura dei popoli orientali e poi dell'epoca greco-romana; descrive con ricchezza di particolari e vaglia con singolare perspicacia i numerosissimi metodi di intervento chirurgico escogitati e praticati nei vari paesi e nelle varie

epoche; tratta della cura post-operatoria e dei soccorsi igienici nei casi inoperabili.

Il lavoro è corredato da una bibliografia veramente completa sull'argomento.

Questo libro è certamente meritevole d'essere raccomandato a medici e studenti per la sua grande utilità pratica, specialmente in rapporto alle indagini diagnostiche, ai problemi della patogenesi, e agli scopi della tecnica operatoria.

T. FERRETTI.

J. ROUX. **Les Névroses post-traumatiques.** 1 vol. in-18 di pag. 96. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913. Fr. 1.50.

Oggi che tutte le questioni relative alla legislazione degli accidenti del lavoro si pongono con una necessità imperiosa e sollevano i problemi sociali più gravi, oggi che il còmpito del perito desideroso di essere giusto si rende sempre più delicato — osserva il prof. Teissier — questo libro verrà bene accolto. Esso raccoglie descrizioni cliniche precise, sindromi bene schematizzate, che hanno il valore di definizioni chiare e concise, distinzioni rigorose tra nevrosi traumatica e isterica, nevrastenia traumatica e sinistrosi; lumeggia il còmpito delle predisposizioni morali nell'orientamento e nell'evoluzione della malattia: il rassegnato si muove verso la nevrastenia, il ribelle o il debole mentale invece faranno della sinistrosi, mentre le tare viscerali aggraveranno e renderanno palesi le decadenze negli organi già colpiti da meiopragia.

Consigli molto saggi si trovano a ogni passo, sovratutto a proposito della sinistrosi, che una parola imprudente del medico — come la lusinga d'indennità problematiche — può sviluppare nel debole, aggiungendo alla miseria un'ossessione crescente che potrà sommergere tutta l'attività mentale.

Il perito prudente renderà i maggiori servigi ai traumatizzati che egli saprà arrestare nella discesa in fondo a cui rischiano spesso precipitare.

I. T.

Prof. C. DANIEL. **Le post-partum normal.** II fascicule. Paris, A. Maloine, éditeur, 1912.

Osserva l'autore nella prefazione che l'Ostetricia non si è avvantaggiata dei progressi fatti dalla chirurgia in virtù dell'asepsi nei tempi nostri, e che perciò essa, nella pratica clinica e terapeutica e nella tecnica operatoria, è rimasta quasi in uno stato d'arresto di sviluppo. Partendo da questa premessa che secondo noi è errata, almeno per ciò che riguarda il nostro paese, l'A. traccia in un'ottima monografia le norme alle quali deve rispondere ogni casa di Maternità, le leggi della profilassi contro le infezioni puerperali, avvisa ai migliori mezzi pratici per l'asepsi e l'igiene del puerperio.

P. S.

P. RÖMER. **Lehrbuch der Augenheilkunde.** Due vol. II. Auflage. Mk. 16. Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1913.

Siamo alla seconda edizione dello splendido trattato di oftalmologia del Römer, pregevole sia per la ricchezza delle figure che per l'esposizione chiara di tutti gli argomenti più moderni di oculistica.

Il carattere puramente clinico del lavoro, mentre lo differenzia dagli altri trattati anche recenti, costituisce un pregio di esso, giacchè permette agli studenti di completare la cultura clinica che alle lezioni non fu potuta svolgere.

Questa seconda edizione è in due volumi e presenta sulla prima il vantaggio di portare scritto in margine il riassunto dell'argomento che viene svolto nel testo; il numero delle illustrazioni è molto maggiore.

P.

VARIA

I danni della posizione eretta nell'uomo. — In una recente adunanza della sezione medica della Società silesiana per la coltura nazionale il dottore Klaatsch lesse, intorno a questo tema, una interessante comunicazione la quale è riportata nella *Berliner Klinische Wochenschrift* del 14 aprile 1913.

Molte affezioni che colpiscono la specie umana sarebbero dovute all'imperfetto adattamento di questa alla posizione eretta, la quale aggrava l'azione della gravità su molti organi.

Infatti queste affezioni non hanno alcun riscontro negli altri mammiferi.

L'A. studia a titolo di esempio le ernie, le emorroidi, le varici, le ptosi viscerali, la stasi intestinale ed alcuni malanni propri della donna, tra cui i dolori gravi del parto.

Anche la lombaggine di molte persone delicate, sovrattutto nel sesso femminile, sarebbe dovuta alla debolezza dei muscoli della schiena, incapaci a mantenere senza stancarsi la posizione eretta del tronco.

L'adattamento è stato molto migliore e quasi perfetto in una specie — a dire il vero incomparabilmente più antica dell'uomo — la quale ha pure assunto la posizione eretta: il canguro.

Ciò stabilisce uno strano contrasto con la nostra specie, la quale pure è tanto orgogliosa per la sua intelligenza.

I. T.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il nuovo Codice di procedura penale negli articoli interessanti i sanitari.

Con regio decreto 27 febbraio è stato approvato il testo definitivo del nuovo Codice di procedura penale, che andrà in esecuzione a cominciare dal 1° gennaio 1914. Ne riportiamo gli articoli che riguardano l'opera che nel campo giudiziario può venire richiesta al sanitario, sia da pubblici funzionari, sia da privati cittadini, e le modalità e la procedura, alle quali essa deve venire subordinata.

Art. 87. — Il giuramento... dei periti... si presta stando in piedi, al cospetto del giudice, previa ammonizione sull'importanza morale e religiosa dell'atto, e sulle pene stabilite contro i colpevoli di falsità in giudizio.

Art. 90. — Il perito, prima di prestare il proprio ufficio, giura « giuro di bene e fedelmente procedere nelle operazioni a me affidate e di non avere altro scopo che quello di far conoscere al giudice la verità ».

Art. 92. — ... I periti... che abbiano prestato il loro ufficio nella istruzione, non devono nuovamente giurare nel dibattimento; il giudice rammenta loro il giuramento già prestato e le relative sanzioni. Questa disposizione si applica altresì quando... i periti... siano richiamati durante l'istruzione o il dibattimento.

Art. 152. — Chi ha obbligo di referto, ai termini dell'articolo 439 Codice penale, deve presentarlo entro 24 ore, o, se vi sia grave pericolo, immediatamente, al Pretore, al Procuratore del Re, al Giudice istruttore, o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo dove ha prestato la propria assistenza; e, in mancanza di tutti questi, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Nel referto deve essere indicato il luogo in cui trovasi l'offeso, e, inoltre, se sia possibile, il nome e cognome di lui, le designazioni personali atte a identificarlo, tutte le circostanze che valgano a stabilire la causa e la natura della lesione, l'istrumento con cui fu cagionata, e gli effetti che abbia prodotto o possa produrre.

Art. 165. — Gli ufficiali di polizia giudiziaria curano che il corpo e le tracce del reato si conservino, e che lo stato delle cose non sia mutato, prima che giunga sul luogo l'autorità giudiziaria. Se vi sia fondata ragione di temere che frattanto le cose, o le tracce suddette, si alterino o si disperdano, essi possono procedere ad accertamento con perizia, senza far prestare giuramento al perito.

Art. 198. — I difensori delle parti hanno diritto di assistere... alle perizie... salvo le eccezioni espressamente stabilite dalla legge. Il giudice può autorizzare anche l'assistenza dell'imputato o della parte lesa agli atti suddetti, se il Pubblico Ministero o i difensori ne facciano richiesta, o la qualità dell'atto lo renda necessario. È vietato a coloro, che intervengono a questi atti, di fare segni di approvazione o di disapprovazione, e di rivolgere la parola o far segni ai periti...

Art. 203. — L'ispezione corporale dell'imputato non è ammessa nei casi in cui il pudore della persona possa essere offeso, se non concorrano gravi motivi per eseguirla, oppure sia necessaria per l'identificazione dell'imputato medesimo... L'ispezione corporale può essere eseguita dal giudice personalmente o per mezzo di perito... Il giudice può astenersi dall'assistere alla operazione, quando ne abbia incaricato un perito.

Art. 208. — Quando occorra una perizia, essa è ordinata d'ufficio. Se non sia stata ordinata, il Pubblico Ministero o una delle parti può proporne istanza al giudice istruttore. In ogni caso il perito è scelto e nominato d'ufficio.

Art. 209. — Le perizie medico-chirurgiche, le chimiche... sono affidate a persone rispettivamente abilitate all'esercizio della medicina e chirurgia, della chimica...; è data preferenza, quando sia possibile, ai direttori di istituti di medicina legale, ai loro assistenti, o a medici particolarmente esperti in questa disciplina. Le perizie psichiatriche sono affidate a direttori di cliniche speciali o di manicomi, o ai loro assistenti, o a medici particolarmente esperti nella psichiatria. Il giudice, di ufficio o sulla istanza dei periti, procede a tutte le investigazioni che siano ritenute necessarie, o autorizza i periti a procedervi, e ordina, salvo casi eccezionali, che l'imputato sia ricevuto in un pubblico manicomio, o in una speciale clinica universitaria, per le opportune osservazioni, e per l'esecuzione della perizia in conformità dell'articolo 217.

Art. 211 — La nomina fatta dal giudice in conformità dell'articolo 218, con la indicazione del nome del perito, è notificata, a pena di nullità, all'imputato, o a quelli fra gli imputati che vi abbiano interesse, con avvertimento che hanno diritto di scegliere un secondo perito, o farlo scegliere a mezzo del rispettivo difensore, nel termine perentorio che sarà stabilito. Se fra più imputati vi sia dissenso nella scelta, questa è fatta dal giudice fra i periti indicati da loro.

Art. 212. — Anche il secondo perito è nominato dal giudice, a pena di nullità, nel caso in cui l'autore del reato sia ignoto, o non sia presente all'istruzione, e in quello in cui l'imputato o il difensore, nel termine stabilito, non scelgano il perito, o non sia fatto il deposito, di cui nel capoverso dell'articolo 214; ovvero il perito scelto non si presenti.

La scelta del secondo perito, nel termine menzionato nel precedente articolo, può essere fatta dalla persona civilmente responsabile, citata o intervenuta, quando non la faccia l'imputato, o questi non sia presente all'istruzione. I periti, così nell'istruzione come nel giudizio, non possono essere più di due, salvo quanto è disposto nell'articolo 221.

Art. 213. — La nomina del secondo perito può essere omessa nei casi urgenti, o quando, per la semplicità dell'indagine, o per la tenuità del reato, il giudice non la ritenga necessaria. In tali casi deve, a pena di nullità, essere notificato all'imputato che la perizia fu eseguita e che esso ha diritto di esaminarla per mezzo di un perito di sua scelta, perchè esprima il proprio parere. Il giudice stabilisce il termine perentorio per la nomina del perito e quello entro il quale deve essere adempiuto l'incarico. Questa disposizione non si applica fino a che l'imputato non è presente all'istruzione.

Art. 214. — I periti, tranne nel caso preveduto nel precedente articolo, procedono insieme alle operazioni. Gli onorari dei periti sono liquidati dal giudice, il quale può ordinare che l'imputato, non ammesso al gratuito patrocinio, depositi preventivamente una somma per l'onorario al perito da lui scelto.

Art. 215. — Il giudice assiste alla perizia e la dirige. Quando si tratti di perizia sulla persona, è applicabile la norma del terzo capoverso dello articolo 203. Nel caso di perizia psichiatrica debbono sempre essere invitati i periti a giudicare, qualora riconoscano essere l'imputato infermo di mente, se la sua libertà possa essere pericolosa a lui o agli altri.

Art. 216. — Il giudice, se i periti dichiarano di non poter dare il parere senza notizie delle prove raccolte sul punto che forma oggetto della perizia, può loro permettere di esaminare in tutto o in parte, nel suo ufficio, gli atti e i documenti, facendone menzione nel processo verbale, e può altresì eseguire e ordinare ulteriori indagini. Quando lo riconosca necessario, il giudice può disporre che i periti assistano agli interrogatorii dell'imputato o all'esame di testimoni, escluso anche in questo caso l'intervento dei difensori.

Art. 217. — Il giudice, presi i provvedimenti per la conservazione totale o parziale delle cose che formano oggetto della perizia, e per assicurare la sincerità delle osservazioni può ordinare che queste si facciano in un laboratorio, o istituto scientifico, senza l'assistenza sua, del Pubblico Ministero e delle parti. Di ogni divergenza sul modo di condurre le operazioni è informato il giudice che provvede senza ritardo.

Art. 218. — Nel caso preveduto nel capoverso dell'articolo 213, il secondo perito può chiedere, se occorra e sia possibile, che siano rinnovate in tutto o in parte, le operazioni eseguite prima del suo intervento; ogni altra operazione, che manchi per ultimare la perizia, o che il giudice riconosca utile a scopo di schiarimento, deve essere eseguita dai due periti congiuntamente.

Art. 219. — I periti espongono parere motivato che è trascritto immediatamente nel processo verbale.

Art. 220. — Quando la perizia non possa compiersi che dopo lunghe operazioni, ovvero, per la natura o per la difficoltà delle indagini, non possa il parere essere dato immediatamente, e, tutte le volte che sia ordinata una perizia psichiatrica, il giudice stabilisce un termine per la presentazione in iscritto della relazione, e può prorogarlo per giusta causa.

Art. 221. — Se i periti non si accordano, ne riferiscono immediamente, e in ogni caso prima della scadenza del termine menzionato nel precedente articolo, al giudice, il quale promuove dal presidente del Tribunale, o dalla Sezione di accusa nel caso preveduto dall'articolo 189 (quando la Sezione d'accusa abbia avocato a sè l'istruttoria), la nomina di un terzo perito.

Art. 222. — Nominato il terzo perito, le operazioni eseguite sono, se occorra e sia possibile, rinnovate; e ogni altra operazione ritenuta utile è eseguita congiuntamente dai tre periti, osservate le regole dei precedenti articoli. Il terzo perito assume l'ufficio di relatore, eccetto che i periti a maggioranza abbiano designato a tale ufficio un altro di loro.

Art. 223. — Il perito relatore redige e presenta al giudice nel termine stabilito la relazione motivata. Il perito dissenziente deve presentare contemporaneamente la propria relazione, nella quale spiega i motivi del dissenso.

Art. 224. — Il perito che si trovi nell'impossibilità di continuare le operazioni, è surrogato. Se trattasi di perito scelto dalla parte, la surrogazione si fa a norma degli articoli 211 e 212.

Art. 225. — Il perito che trasgredisca alle disposizioni date dal giudice, o è negligente nell'adempimento del proprio ufficio, può essere so-

stituito con altro perito. Se il perito sia quello scelto dalla parte, è a questa fissato un termine perentorio per la sostituzione; nel caso che la parte non lo scelga, provvede il giudice. Il trasgressore è condannato dal giudice al pagamento di una somma da lire 50 a 500, a favore dell'erario, dopo essere stato citato per discolparsi, senza che ciò ritardi il provvedimento di sostituzione.

Art. 230. — Le funzioni di perito e di interprete non possono, a pena di nullità, essere esercitate nel procedimento dalla stessa persona. Non può, a pena di nullità, prestare ufficio di perito:

1) chi non ha compiuto sedici anni;

2) chi non può essere assunto come testimonio, o ha facoltà di astenersi dal deporre nel procedimento;

3) chi fu condannato alla interdizione dai pubblici uffici, ovvero alla sospensione dall'esercizio della professione o dell'arte, durante il tempo della interdizione o della sospensione...

Art. 231. — Il perito nominato dal giudice... può, prima che cominci a prestare il proprio ufficio, essere ricusato dal Pubblico Ministero, o dalle parti per i motivi indicati nell'articolo 43: [1) se abbia interesse nel procedimento, o se una delle parti sia debitrice o creditrice di lui, della moglie o dei figli; 2) se abbia dato consiglio o manifestato il proprio parere sull'oggetto del procedimento; 3) se siavi inimicizia grave tra lui, o alcuno dei suoi prossimi congiunti, e una delle parti; 4) se alcuno dei prossimi congiunti di lui o della moglie sia danneggiato od offeso, querelante, imputato, ovvero persona civilmente responsabile; 5) se il procuratore o difensore di una delle parti sia prossimo congiunto di lui o della moglie; o se morta la moglie le cause menzionate ai numeri 4 e 5 sussistano in rapporto a prole superstite o a suocero, o genero, o cognato]. Il Pubblico Ministero può, per gli stessi motivi, ricusare il perito nominato dalla parte.

Sulla ricusazione decide il giudice, che procede all'istruzione o al giudizio sentiti la parte istante, il perito e il Pubblico Ministero. Se la ricusazione sia rigettata, si applicano le disposizioni dell'articolo 50 (la parte che ha proposto la ricusazione può essere condannata al pagamento di una somma non inferiore a 100 lire e non superiore a 1000, a favore dell'erario dello Stato, senza pregiudizio d'ogni azione penale o civile).

Art. 232. — Quando vi sia urgenza, il perito... può essere chiamato dal giudice con invito verbale. Se il perito... non comparisce, senza dimostrare un legittimo impedimento, il giudice lo condanna al pagamento della somma da lire 20 a 300 a favore dell'erario. L'ordinanza di condanna è notificata al perito...; essa è revocata se nel termine di tre giorni dalla notificazione, il perito... giustifichi il legittimo impedimento, pel quale non è comparso. Nei casi preveduti dall'articolo 210 codice penale, il giudice fa redigere processo verbale e lo trasmette al Pubblico Ministero, dopo avere, se trattasi di rifiuto, avvertito il perito... delle pene stabilite dalla legge.

Art. 248. — Non possono, a pena di nullità, essere obbligati a deporre su ciò che a loro sia stato confidato o sia pervenuto a loro conoscenza per ragione del proprio stato o ufficio o della professione... 3) i medici e chirurghi, i farmacisti, le levatrici e ogni altro ufficiale sanitario, salvo i casi nei quali la legge li obbliga espressamente ad informarne la pubblica autorità.

Art. 368. — Almeno tre giorni prima del dibattimento che si debba svolgere in Corti d'assise o in Tribunale, e almeno due per dibattimenti da svolgersi davanti al pretore il Pubblico Ministero o alcuna delle parti può domandare al presidente o al pretore che si proceda ad un determinato accertamento, il quale non abbia antecedentemente formato oggetto di perizia. Se la domanda sia accolta, il dibattimento può essere rimandato e, salvo quanto è disposto nel seguente capoverso, si osservano le regole dell'istruzione formale. Il presidente richiede il giudice istruttore per gli atti e provvedimenti relativi alla esecuzione della perizia. Quando si tratta di indagine facile e breve, il presidente o il pretore nomina solo un perito, affinchè proceda all'operazione richiesta e ne riferisca al dibattimento.

Art. 392. — Nel dibattimento i periti sono sentiti, dopo aver compiuto l'esame dei testimoni. Il giudice ha facoltà di prescrivere che i periti assistano al dibattimento, o a parte di esso, prima di esporre il loro parere, o gli schiarimenti per i i quali siano stati citati.

Art. 393. — Quando un perito... del quale fu ordinata la citazione, non sia comparso, il giudice, sentiti il Pubblico Ministero e le parti, può decidere che il dibattimento sia continuato, ma può in seguito disporre diversamente qualora ne riconosca necessaria la comparizione.

Art. 394. — Il perito... non comparso, che non abbia dimostrato un legittimo impedimento, può essere, per ordine del giudice, accompagnato all'udienza dagli agenti della forza pubblica, e in ogni caso, condannato a pagare all'erario una somma da 20 a 100 lire; inoltre è sempre condannato alle spese della sospensione, a cui abbia dato causa. Le condanne possono essere revocate se... il perito, comparisca al dibattimento, o se, entro tre giorni dalla notificazione dell'ordinanza di condanna, presentandosi al presidente o al pretore, dimostri un legittimo impedimento continuato per la durata del dibattimento.

Art. 395. — Il perito... non comparso per le-

gittimo impedimento può essere esaminato, nel luogo in cui si trova, dalla Corte di assise, dal Tribunale o dal Pretore, ovvero, per delegazione rispettiva, dal pretore dello stesso luogo...

Art. 396. — ... Se il giudice delegato verifica non sussistente o non essere legittimo l'impedimento adottato del perito... ne informa tosto l'autorità delegante, la quale può ordinare i provvedimenti stabiliti nella prima parte dell'articolo 394, ponendo inoltre a carico del perito... le spese del trasferimento del giudice, del cancelliere e delle altre persone intervenute, in conformità del presente articolo. Tali provvedimenti sono dati senza dilazione dal presidente della Corte di assise, dal Tribunale o dal pretore, che conosce del giudizio, qualora si siano trasferiti sul luogo. Nei casi suindicati, e in quello di rifiuto a... prestare ufficio di perito... si applica altresì la disposizione del secondo capoverso dell'articolo 232.

Per la riforma delle perizie medico-legali.

Il 23 giugno u. s. è stata ricevuta dal guardasigilli una Commissione di medici, rappresentanti l'Ordine dei medici di Roma, la Società di medicina legale e l'Associazione dei medici liberi esercenti.

Detta Commissione, presieduta dal prof. Ottolenghi, ha prospettato al ministro gli inconvenienti finora verificatisi nella scelta dei periti medico-legali, ed ha espresso il voto che per l'applicazione del nuovo Codice di procedura penale, si introducano criteri atti ad eliminare completamente gli inconvenienti finora lamentati, in correlazione alle nuove disposizioni legislative.

La Commissione ha richiamato anche l'attenzione del ministro sulle tariffe giudiziarie vigenti.

Il guardasigilli ha accolto molto benevolmente la Commissione e, convinto della giustizia dei suoi desiderata, ha promesso di interessarsi per il loro esaudimento.

La Commissione ha consegnato all'on. Ministro un memoriale sull'argomento compilato dai rappresentanti dell'Ordine e delle due importanti associazioni professionali sopraddette, i quali erano: per la Società di medicina legale il prof. S. Ottolenghi, il prof. Attilio Ascarelli e il dott. G. Massari, per l'Ordine dei medici di Roma i dottori A. Garofalo, S. Sergi e R. Serratrice, per l'Associazione dei liberi esercenti il prof. G. Montesano, e i dottori G. Impallomeni e F. Olivieri, cioè le persone più competenti che la classe medica romana vanti nel campo medico-legale.

S. A.

Ordine dei medici della provincia di Brescia. — La Presidenza dell'Ordine di Brescia ci comunica una deliberazione del Consiglio amministrativo provocata da una polemica dibattutasi sui periodici cittadini in merito alla cura Arnaldi di Uscio, che fu oggetto di clamorose manifestazioni nella città di Brescia.

Presa visione dell'interpellanza inoltrata dal dott. R. Stefani e della proposta del giornale locale d'igiene « La Vita », il Consiglio amministrativo dell'Ordine, nella seduta del 12 giugno, con voto unanime plaude alla decisa azione dei distinti colleghi che si accinsero a combattere pubblicamente tal sistema curativo, ma non ritiene necessario nè giustificato, nei riguardi dell'Ordine, di entrare nella discussione del metodo; addita a pubblica censura che si manometta quel patrimonio di sapere, che va lentamente formandosi a prezzo di severi studi e dottrine, di indagini pazienti, nelle cliniche e nei laboratori, colle esperienze quotidiane, diligenti di tutti, dal più illustre al più umile dei sanitari; che una réclame facilmente impugnabile, affermi la fantastica esclusività di un metodo curativo unico, per qualsiasi forma morbosa, e per questo stesso fatto, di possibile pregiudizio e pericolo per gli ammalati; deplora che taluno dei medici inscritti e non inscritti all'Ordine conceda *toto corde* la sua fede alla corrente di codesta réclame e delibera di dar comunicazione di quanto sopra al Consiglio superiore di sanità e a tutti gli Ordini del Regno.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3378) *Pensioni.* — Il dott. S. P. da S. M. desidera conoscere quale contributo ordinario e straordinario il medico condotto e più Comuni consorziati debbono pagare annualmente per la Cassa pensioni; se il contributo aumenta coll'aumentarsi dello stipendio; nella negativa, se può e come avere il rimborso del dippiù pagato e se può chiedere in comunicazione copia dell'elenco di cui all'articolo 7 della legge C. P.

Non esiste più distinzione fra contributo ordinario e contributo straordinario. Il contributo è ora sempre ordinario ed ammonta ad annue lire 132 tanto pei medici quanto pei Comuni. Quando più Comuni sieno costituiti in consorzio l'ammontare complessivo dei loro contributi è dovuto alla Cassa da ognuno di essi in quote proporzionali allo stipendio pagato da ciascuno. L'ammontare del contributo non aumenta in ragione di eventuale aumento dello stipendio. Del dippiù pagato si può chiedere rimborso rivolgendo analoga istanza alla competente Intendenza di Finanza. Non occorre chiedere in comunica-

zione copia dell'elenco di cui all'articolo 7 della legge perchè di esso può prendere visione nella segreteria del Comune.

(3882) *Cure in campagna - Mezzi di trasporto.* — Il dott. N. L. da A. avendo diritto al pagamento dei mezzi di trasporto per gli ammalati di campagna, intrasportabili in città, chiede conoscere a chi spetti di fare la constatazione della intrasportabilità e se in caso di contestazione sia competente a derimerla l'autorità giudiziaria.

La constatazione della intrasportabilità deve essere fatta dalla famiglia, che deve sostenere la spesa di viaggio pel medico. Se la famiglia invoca l'accesso del medico, vuol dire che riconosce che l'ammalato è intrasportabile ed è disposta a sostenere la relativa spesa.

Non è possibile richiedere un certificato medico perchè per l'accesso di questo sanitario sorgerebbe la identica divergenza, essendo tutti i condottati retti dal medesimo capitolato. In caso di controversia è competente l'ordinaria autorità giudiziaria.

(3884) *Regolamento sanitario - Compilazione - Pagamento.* — Il dott. F. S. da I. D. C. chiede conoscere se, avendo compilato il regolamento sanitario che non fu approvato dall'autorità competente perchè imminente la pubblicazione di un regolamento tipo da valere per tutta la Provincia, abbia diritto a compenso.

Noi crediamo che abbia ugualmente diritto a compenso perchè la mancata approvazione è dipesa da un fatto, cui Ella è assolutamente estranea. Rivolga al Comune analoga istanza.

(3885) *Pensioni.* — Il dott. N. S. da S. P. B. chiede conoscere quando potrà egli chiedere la pensione avendo prestato servizio per quattro anni nella sola qualità di chirurgo condotto.

Può chiedere anche subito la liquidazione della pensione perchè i quattro anni di servizio unicamente chirurgico, valgono per ogni effetto legale come servizio ordinario di condotta.

(3886) *Stabilità.* — Il dott. L. P. da C. S. S. desidera conoscere in quale epoca diventa stabile essendo stato nominato interino nel 15 settembre 1911 e titolare della condotta in seguito a regolare concorso nell'aprile 1912.

Il periodo di interinato, quando è seguito da regolare nomina in base a concorso, è computato nel biennio di prova necessario per l'acquisto della stabilità. Col giorno 15 del prossimo luglio diverrà, quindi, virtualmente stabile perchè non potrà più essere licenziata e col giorno 15 del successivo settembre diverrà definitivamente tale, compiendo con quel giorno i prescritti due anni di servizio.

(3887) *Supplenza reciproca.* — Il dott. S. S. da B. A. chiede conoscere se possa rifiutarsi a supplire i colleghi durante i congedi essendo scritto nel capitolato *potrà* supplire e non *dovrà* e se nella negativa possa ricorrere al provvedimento indicato nell'articolo 21 del Regolamento del 1906.

La supplenza reciproca è obbligatoria sol quando sia stata obbligatoriamente imposta nel capitolato, che, a suo tempo, fu liberamente ed incondizionatamente accettato dal sanitario. Poichè il capitolato in vigore non impone tassativamente tale onere ma lo rende facoltativo con la parola *potrà*, Ella potrà esimersene per questo anno scrivendone in tempo opportuno al Sindaco. Non crediamo si possa nel caso ricorrere al disposto dell'articolo 21 del Regolamento perchè detto articolo si riferisce a deficienze organiche e durature del servizio e non già a quelle transitorie derivanti dall'assenza per congedo di taluni colleghi.

(3888) *Ufficiale sanitario.* — Il dott. A. R. da C. desidera conoscere se, in mancanza di liberi esercenti, possa essere tolto l'incarico di ufficiale sanitario ad un collega medico condotto sfornito di titoli idonei e che era solo nel Comune quando ebbe tale incarico, per essere a lui conferito, che possiede il titolo necessario.

Fino a quando, sistemate le circoscrizioni sanitarie, non sarà provveduto a regolari nomine di ufficiali sanitari in base a concorso, non si possono introdurre modificazioni nello stato attuale degli investiti, i quali pertanto seguiteranno ad esercitarne le funzioni, nonostante che in paese siasi istituita una nuova condotta affidata a titolare provvisto di titolo speciale di studii igienici.

(3889) *Cura di poveri - Elettorato amministrativo.* — Il dott. G. B. da R. chiede conoscere se a norma dell'articolo 22 della vigente legge comunale possano essere elettori amministrativi coloro che sono iscritti nell'elenco dei poveri per la somministrazione gratuita dei medicinali ed assistenza sanitaria.

Coloro che sono inscritti nell'elenco dei poveri per la somministrazione dei medicinali ed assistenza sanitaria possono essere elettori amministrativi perchè essi non sono abitualmente a carico di istituti di beneficenza o della Congregazione di carità. Che se anche la somministrazione dei medicinali fosse fatta da Opere Pie, la incapacità non sussisterebbe del pari perchè il medicinale in caso di malattia non costituisce l'abituale mantenimento a carico dell'istituto elemosiniero.

(3890) *Pensioni.* — Il dott. abbonato 4716 chiede conoscere se può riscattare cinque anni di servizio precedentemente prestati e durante i quali per la esiguità dello stipendio non aveva obbligo di iscriversi alla Cassa.

Quei cinque anni di servizio non sono riscattabili.

(3891) *Certificati di buona salute e di sana costituzione fisica.* — Al dott. N. Z. da C. rispondiamo che i certificati di buona costituzione fisica e di buona salute debbono essere rilasciati con compenso, tranne se i richiedenti sieno forniti di certificato sanitario annesso al libretto di lavoro richiesto per la emigrazione dei minorenni, va rilasciato senza spesa a carico della famiglia.

Il prof. D. D. S. Napoli scrive:

Voglia essere gentile farmi rispondere nella rubrica « Risposte a quesiti e domande » della Sez. Pratica specificatamente quali documenti occorre inviare al Ministero della P. I. per concorsi a Cattedre universitarie e in quante copie debbono esibirsi le pubblicazioni e il *curriculum vitae*.

Vivi ringraziamenti.

L'elenco è in ogni avviso di concorso.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Il nostro valoroso collega di redazione, Tommaso Pontano, ha conseguito a pieni voti per titoli la libera docenza in patologia speciale medica. La lezione clinica sulla « Tubercolosi renale », svolta con lucidità e competenza, ha suscitato unanime plauso da parte della Commissione esaminatrice.

Il successo ottenuto dal nostro amico segna solo una piccola tappa di una scala ascensionale di ben meritate ricompense ad una instancabile operosità, ad un ingegno sagace, ad una personalità di osservatore scrupoloso, le cui brillanti qualità oratorie sono l'esponente di un senso critico non comune.

Conseguita nel 1907 la laurea col massimo dei voti, riuscito primo nei concorsi di assistente ed aiuto medico negli ospedali di Roma, vinto il concorso della Fondazione Maggi e quelli della Fondazione Corsi per il perfezionamento in igiene, ha pubblicato vari lavori sia clinici che sperimentali, dimostrando una conoscenza profonda delle questioni scientifiche più moderne.

Auguri fervidi di successivi maggiori trionfi.

a. v.

Il tenente generale Ferrero di Cavallerleone cav. Luigi, Ispettore Capo di Sanità Militare, è stato insignito della nomina di « Cavaliere di Gran Croce decorato del Gran Cordone dell'Ordine della Corona d'Italia ».

L'onorificenza stessa fu concessa con Regio decreto 29 maggio 1913 di *motu proprio* di S. M. il Re « in considerazione di particolari benemerenze acquistate durante la campagna di guerra « Italo-Turca 1911-1912 ».

Il dott. Giovanni Barberis, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Alessandria, è stato insegnito della croce di cavaliere della Corona d'Italia.

Condotte e Concorsi.

AMELIA (*Perugia*). — Condotta di Porchiano; L. 2400 pei poveri, L. 400 per gli abbienti; alloggio, cavalc. a carico del Comune pei poveri, a carico dei richiedenti pei non poveri, 2 sessenni su L. 2400. Scad. 10 luglio.

BORGO A MOZZANO (*Lucca*). — Due condotte residenziali; L. 2500 lorde e 4 sessenni; 3800 abit. circa ciasc. e 120 famiglie povere; non più di 35 anni. Scad. 7 luglio.

BORGOMASINO (*Torino*). — Condotto e uff. sanitario consorziale con Maglione; L. 2000 compreso l'alloggio (valutato L. 95) e L. 200 per supplenza, cura 60 poveri circa, visita giornaliera a Maglione distante km. 2 circa. Scad. 15 luglio.

CAMERATA NUOVA (*Roma*). — Condotta; L. 2500 poveri, L. 300 abbienti e L. 100 U. S. libere di R. M., arm. farm. e indennità alloggio L. 225. Ab. 1347. Scad. 30 giorni dal 1° giugno.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CARGEGHE (*Sassari*). — Medico del Consorzio con Muros; L. 2000 nette con aumento quinquennale del 20 p. cento; generalità. Scad. 12 lug.

CASTEL SAN PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 2800 e L. 100 quale U. S. Scad. 12 luglio.

CATANZARO. *Deputazione provinciale.* — Direttore del Manicomio di Girifalco; L. 5000 aument. a L. 6000, oltre i sessenni, alloggio per sè e famiglia mobiliato; età massima 50 anni. Rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scad. 31 luglio.

* CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illuminazione e riscaldamento. Scad. 31 luglio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotto e U. S.; L. 1800 pei poveri e L. 200 per congedo. Scad. 31 lug.

CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988; L. 3225 con due sesenni e L. 100 per supplenza al collega; diritto al mezzo di trasporto per distanze superiori ad 1 km. dal paese. Scad. 2 luglio.

CHIARANO (*Treviso*). — Unica condotta; L. 3800 lorde e L. 200 per eventuale nomina U. S. Scad. 10 luglio.

CHIONS (*Udine*). — Condotta piena; L. 5000 lorde, L. 800 per indennità cavallo, L. 150 quale U. S., alloggio mediante corrispettivo L. 300, abit. 4475. Scad. 12 luglio.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Condotta; ab. 690 al centro e 594 nelle frazioni; L. 3400 lorde. Servizio entro 15 giorni dalla partecip. di nom. Scad. 10 luglio.

* CORTONA (*Arezzo*). — Medico condotto; L. 4000 aument. Scad. 5 luglio.

CUGGIONO (*Milano*). — Due condotte per la generalità degli abitanti; L. 4300 ciasc. Scad. 9 luglio.

ERBEZZO (*Verona*). — Condotta piena; L. 4450 e L. 500 per arm. farm., 1 sessennio. Scadenza 15 luglio.

FELETTO CANAVESE (*Torino*). — Condotta; L. 1750 e L. 100 quale U. S. Scad. 10 luglio.

*FOSSOMBRONE (*Pesaro Urbino*). — Condotta chirurgica primaria; L. 4500 lorde e 3 sessenni, L. 500 dalla Congreg. di carità quale direttore dell'Ospedale e L. 200 pel congedo annuo; cura piena, non più di 40 anni.
Condotta sanitaria di Gaifa; L. 3200 lorde e 3 sessenni, L. 700 per cav. e L. 200 per congedo, cura piena.
Scad. 1 lug.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Al 30 luglio condotta; ab. 2500; L. 2400 pei poveri e L. 1000 per la generalità, lorde; L. 800 pel cavallo; assicuraz. Servizio entro 15 giorni dalla com. di nomina.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta medica, al 29 luglio; lorde L. 2200 pei poveri, e L. 800 per gli abbienti, oltre a L. 100 per servizio ufficiale sanitario. Ab. 3300 dei quali, 500 in vicinissima frazione ed hanno l'obbligo di apprestare, per l'accesso del sanitario, i mezzi di trasporto.

MONTEVIALE (*Vicenza*). — Condotta consorziale; L. 4800 e L. 200 se uff. san, con due sessenni, lorde di R M.; abitazione. Ab. 2350. Si richiede l'iscrizione in un Ordine. Scad. 10 luglio.

MOTTA SAN GIOVANNI (*Reggio Calabria*). — Condotta pei soli poveri di Lazzaro; lorde L. 1500, aumentabili di un decimo ogni sessennio. Obbligo di gestire l'arm. farm., se verrà istituito. Scadenza 3 luglio.

PELLIO (*Como*). — Condotta piena del consorzio con Laino ed Intelvi; L. 3240 aument., L. 50 quale uff. sanit., abit. 1500. Scad. 10 luglio.

PESCIA (*Lucca*). — *R. Spedale dei SS. Cosmo e Damiano*. Due assistenti medico-chirurgi; L. 1200 nette, vitto e alloggio nei giorni di guardia e 10 per cento sugli atti operativi agli abbienti. Rivolgersi alla presidenza dell'Ospedale. Scad. 15 luglio.

ROBBIATE (*Milano*). — Per accordi con l'Associazione N. M. C. è riaperto il concorso al posto di medico; L. 3750. Scad. 10 luglio.

ROCCAGORGA (*Roma*). — Condotta piena; L. 2500 poveri, L 1200 abbienti, lorde; due sessenni; L. 100 quale U. S. Assunzione servizio entro 20 giorni partec. nomina. Scad. 26 luglio.

ROMA. *Ministero dell'interno. Direzione della Sanità pubblica*. — Due assistenti laureati in medicina e chirurgia presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità pubblica; L. 3000. Scad. 31 luglio.

SANTA MARIA DELLA VERSA-DONELASCO (*Pavia*). — Condotta consorz. per soli poveri. Abit. 3785. Stipendio L. 1900 oltre L. 100 U. S. da portarsi a L. 2500, oltre L. 700 per il cavallo obbligatorio non appena approvato dall'autorità superiore il nuovo Capitolato conforme ai desiderata di classe. Tre sessenni. Scad. 15 luglio.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni*. — Medico primario al Manicomio di S. Nicolò; L. 4000 lorde e quattro quinquenni del decimo. Età massima 35 anni. — Medico ordinario di sezione (assistente); L. 2900 lorde, quattro quinquenni del decimo. Età massima 30 anni. — Chiedere avviso. Scad. ore 16 del 10 luglio.

TORNACO (*Novara*). — Medico; L. 4000 lorde, alloggio e luce, indennità mondarisi; ab. 2080. Scad. 10 luglio.

TRIPI (*Messina*). — A tutto il 24 luglio è aperto il concorso al posto di medico condotto in annue lire 1600. Chiedere informazioni al Sindaco.

Cercasi urgentemente medico interino per un mese a Bolsena (Roma). Stipendio L. 350 a datare dal 1° luglio. Paese ridentissimo sul lago omonimo. Ospedale nuovo, ghiaccio, bagni, villeggiatura. Rivolgersi subito al dott. Arias medico chir.

Medico-chirurgo, quattro anni laurea, pratico condotta-ospedali, assumerebbe buon interinato 2-3 mesi cominciando col 1° luglio. Scrivere: Dottor Loris, posta. Parma.

Medico chirurgo, 10 anni pratica ospedali. Specialista malattie bambini, assumerebbe interinato dovunque se buone condizioni. Scrivere: Dottor A. L. R. Fermo posta. Roma.

PERUGIA. *Università degli studi*. — Professore straordinario di fisiologia; L. 2100 e 3 quinquenni del decimo. Domanda e documenti all'ufficio rettorale. Scad. 30 giugno.

PISA. *R. Università*. — Concorso ad otto posti di assistente volontario nella Clinica chirurgica per le ferie estivo-autunnali 1913. Scad. 15 luglio. Vedi fasc. 24.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Orvieto [e in specie la condotta vacante di Corbara] (Perugia), Piandimeleto [1° reparto] (Pesaro-Urbino), Cento [per Renazzo Inferiore] (Ferrara), Morolo [per la 2ª condotta] (Roma), Corteolona (Pavia), Castel San Pietro (Alessandria) Ranzanico Bianzano (Bergamo), Cortona (Arezzo), Guilmi (Chieti), Chianciano (Siena).

Revoca di diffide: Chioggia [per la condotta della parrocchia del Duomo] e Caorle [Ca'Cornian; 2° reparto] (Venezia), Costacciaro (Perugia), Costarano e Acqua Viva (Ascoli Piceno).

La Sezione di Verona dell'A. N. M. C., con l'appoggio di quell'Ordine e con l'approvazione della Presidenza Centrale ha boicottato il concorso di Castagnaro.

Ci si comunica:

La Federazione delle Sezioni Umbre dell'A. N. M. C. toglie la diffida al comune di Costacciaro e consiglia di adire al concorso aperto ad ottime condizioni sotto tutti i rapporti.
Anche la diffida inflitta al Comune di Torri in Sabina è tolta.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e di offerte o ricerche di interinati.

MEDICINA SOCIALE

Sulla necessità di promuovere ed organizzare una lotta antimelitense (1).

L'argomento sul quale mi sono proposto di richiamare la vostra attenzione non è di carattere strettamente scientifico. Ve ne chiedo venia, augurandomi che possa arridergli ugualmente il vostro benevolo favore.

Soltanto chi vive in Sicilia — le mie considerazioni si riferiscono alla Sicilia orientale — è in grado di formarsi un concetto adeguato del posto dominante che assume nella patologia regionale la febbre mediterranea. Come potrebbero farsene un'idea altri? È vano chiedere luce alle statistiche: esse son mute in proposito, perchè la denunzia di questa malattia non è obbligatoria. Nè molta fiducia è da riporre nelle cifre di mortalità: nei casi ad esito letale troppo spesso è dimenticata la malattia fondamentale per l'accidente o la complicanza terminale. Pertanto, per ora, solo dalla osservazione diretta e dalla viva voce dei medici è possibile orientarsi approssimativamente sulla situazione. E da una specie d'inchiesta verbale che ho eseguito presso numerosi colleghi, è uscito rafforzato il mio convincimento della enorme diffusione che tale malattia possiede, sulla costa specialmente, e della iattura ch'essa rappresenta per le vite che spegne, per quelle che debilita, rendendole facili prede d'altri morbi, per le temporanee, talvolta lunghissime invalidità al lavoro che involve.

Eppure nulla è stato tentato finora per debellare questo fiero flagello, nonostante che voci autorevoli siansi levate in Parlamento, in congressi, gettando il grido d'allarme; nonostante il luminoso esempio civile datoci nella vicina Malta dagli Inglesi, che hanno in breve volger di tempo, con opportuni mezzi miracolosamente soffocata l'infezione nell'armata: spettacolo umiliante questo di provvidenze igieniche che risanano *territori coloniali* altrui, e nella *madre patria* nostra, attendono ancora ogni principio di attuazione. Nulla si è fatto, quantunque, se è vero che per ciascuna campagna igienica ogni vita salvata o malattia evitata ha il suo costo proprio, determinabile in cifre ed assai variabile secondo la natura della malattia da combattere, la lotta antimelitense si annunzi fra le più redditizie ed efficaci, in confronto alla spesa da sostenere, e d'inestimabile utilità immediata o ad assai prossima scadenza.

Ma in qual modo affrontare il problema? La via più semplice, il metodo ideale sarebbe quello della sterilizzazione preventiva delle capre (od altri ospiti intermedi) mediante vaccinazione preventiva. Essa ci è preclusa dalla difficoltà che incontra la immunizzazione di questi animali, com'è risultato da ricerche apposite condotte nel mio Istituto.

Astraendo da questo punto, degno tuttavia di ulteriori studi, gli scogli da superare non sono certo di ordine dottrinale. La questione dottrinale, benchè suscettibile d'essere largamente approfondita, riposa già, come sapete, su basi solide ed è, nelle linee generali, risoluta e pacifica. Non si tratta, pel momento, di escogitare nuovi metodi di profilassi, si tratta, pur seguitando contemporaneamente e senza tregua nello studio, di *applicare* presso di noi sistemi già in vigore altrove. Questo è il perno della questione, sta qui tutta la difficoltà. Fare la cernita fra le varie misure possibili, scegliere quelle che meno urtano con le condizioni economico-sociali, con le tradizioni e consuetudini, con la psicologia della popolazione; trovare i mezzi e le vie migliori per acclimatare presso di noi quelle misure.

Trapiantare senz'altro in Italia il metodo adottato dalle autorità militari di Malta? Sarebbe temerario ripromettersene anche una minima parte dei risultati maravigliosi ricavati in quell'isola. Il rispetto alla regola di sottoporre a bollitura il latte, può attuarsi in collettività ristrette, ben disciplinate ed evolute; ma è vano sperare di introdurre questa usanza o il funzionamento di spacci di latte garantito da noi, dove l'incuria e la diffidenza delle popolazioni si coalizza con gli interessati a frustrare misure di questo genere. D'altronde è da dubitare fortemente che la sola bollitura del latte possa costituire profilassi sufficiente, dove per lo meno un'altra e, ritengo, non meno pericolosa sorgente d'infezione è rappresentata dalle verdure concimate con escrementi infetti. Di ordinanze che mettano in guardia i cittadini contro i pericoli derivanti dall'uso di latte o verdure crudi non è nemmeno il caso di parlare; rimane loro invariabilmente riservata la sorte delle gride, narrata nei *Promessi Sposi*.

Nemmeno sarebbe il caso di applicare *senz'altro* il programma tracciato e proseguito dal governo maltese nei riguardi della difesa della popolazione civile: l'esame periodico delle capre e l'abbattimento di quelle che risultano infette. Certo il risanamento degli animali domestici deve rappresentare il caposaldo dell'opera; ma tradotto in fatti subitamente per atto d'imperio, su larga scala, un tal procedere sarebbe irrevocabilmente condannato a naufragare contro la turbolenza della classe che ha in mano il commercio del latte, turbolenza che sarebbe in questo caso alleata e sostenuta dalla impreparazione della co-

(1) Comunicazione presentata alla VIII riunione della Società Italiana di Patologia.

scienza popolare. E la risoluzione del compito rimarrebbe facilmente pregiudicata e necessariamente allontanata, anzichè facilitata.

È invece un'opera di proporzioni iniziali modeste e limitate, da sviluppare ed ampliare cammin facendo, ma tenace e continuativa; un'opera di persuasione pacifica, insensibile e di penetrazione progressiva che andrebbe svolta. Provare con esempi e sperimenti suggestivi agli occhi di tutti la pratica attuabilità di un'efficace lotta antimelitense nelle nostre regioni, dimostrarne i benefici; convincere le popolazioni, ed i pochi medici ancor scettici (se ve n'è ancora qualcuno) che pochi animali, la capra segnatamente, rappresentano il fomite essenziale nella propagazione della febbre mediterranea, accaparrarsi l'appoggio ed il consenso delle popolazioni, suscitando gare di emulazione. Concepirei una prima tappa, sommariamente, nel modo che segue.

Scegliere due cittadine che per pacifico temperamento degli abitanti diano affidamento per la esecuzione dello esperimento. Introdurvi per accordi fra Governo ed Amministrazioni comunali l'esame periodico di tutte le capre e mucche (contrassegnate singolarmente), ricercando le proprietà agglutinanti del loro latte verso il micrococco del Bruce; eseguire nel contempo, gratuitamente, le sierodiagnosi di tutti i malati o sospetti di febbre mediterranea. In una delle due cittadine attuare poi la profilassi, abbattendo gli animali malati e largheggiando, specie sul principio, nel risarcimento dei proprietari.

Il giudizio sul valore reale e sull'attuabilità pratica di questa lotta antimelitense nei nostri ambienti, infestati dal morbo, scaturirebbe limpido dal confronto, circondato dalle volute cautele, fra l'andamento dell'endemia nelle due cittadine. E l'osservazione e l'esperienza in queste condizioni sarebbero con probabilità a lor volta feconde di nuovi suggerimenti e miglioramenti — come fra altre la presa in considerazione del fattore uomo portatore di germi — per la pratica profilattica antimelitense ed il suo adattamento ai nostri costumi.

Vorrei che dall'autorità della odierna riunione partisse l'appello che segnasse finalmente l'inizio effettivo d'una campagna contro questo male che c'insidia gravemente, che miete vittime umane numerose, che arreca danni economici immensi, che ci scredita per la trascuranza nostra al cospetto del mondo civile. Vorrei che, ispirandovi a quella che può chiamarsi una nobile tradizione dei patologi italiani, di uscire anche dai laboratori nella vita vissuta, promovendo e partecipando col frutto dei propri studi al movimento di elevazione e di evoluzione igienica del Paese, faceste vostro il seguente ordine del giorno:

« La VIII riunione della Società Italiana di Patologia, considerando la gravità e l'urgenza del problema della febbre mediterranea, fa voti senza indugio perchè sia data opera all'inizio d'una razionale profilassi contro questo flagello » (1).

Istituto di Patologia medica dimostrativa della R. Università di Catania.

Prof. MAURIZIO ASCOLI.

(1) Messa a partito la proposta dal presidente sen. Foà, essa è approvata all'unanimità fra il consenso dei presenti.

Febbre di Malta nella miniera Argentiera (Sassari)

per il dott. FRANCESCO MEREU.

Le prime ricerche sulla diffusione delle malattie dei paesi caldi in Sardegna furono intraprese dal dott. Missiroli, direttore dell'Istituto micrografico municipale di Sassari, per iniziativa del professore Sclavo.

Queste ricerche portarono a stabilire nella nostra regione la presenza della febbre mediterranea, che per il grande polimorfismo del quadro morboso veniva dapprima facilmente confusa con altre infezioni.

Infatti dopo gli studi compiuti dal Gabbi in questi ultimi anni, s'è potuto dimostrare con certezza che molte febbri le quali per il passato si diagnosticavano come malariche, o tifoidi, o tubercolari si dovevano invece attribuire ad una infezione melitense.

Stimo quindi opportuno riferire anch'io i primi casi che ho avuto occasione di studiare in miniera Argentiera, per portare il modesto contributo della mia esperienza personale alla conoscenza topografica di questa infezione in Sardegna.

CASO I. — M... A... M..., di anni 26, di professione minatore Dal lato ereditario paterno e materno non si rileva alcun fatto degno di nota. Non ricorda di aver sofferto le comuni malattie dell'infanzia. A 20 anni soffrì di polmonite acuta e nel 1908 di leggiera influenza. Poi stette sempre bene fino all'inizio dell'attuale malattia. L'infermo mentre si trovava in galleria il giorno 10 aprile 1912 fu colpito improvvisamente da cefalea intensa e da malessere generale per cui fu costretto a interrompere il lavoro e ricorrere all'Ambulatorio. In seguito a somministrazione di un purgante il malessere diminuì d'intensità, ma, dopo pochi giorni, essendo comparsa la febbre, l'infermo fu ricoverato definitivamente nell'ospedale della miniera.

Al suo ingresso riscontro l'apparecchio respiratorio e circolatorio perfettamente normale. Constato invece un forte ingrossamento della milza,

debordante di circa tre dita dall'arco costale; e siccome la temperatura è preceduta da brividi intensi e accompagnata da sudori profusi faccio diagnosi di febbre malarica. Ma l'esame batteriologico del sangue riesce più volte negativo ed il chinino somministrato per bocca e poi per iniezioni ipodermiche ad alte dosi non attenua le febbri.

Avendo praticato, parimenti con esito negativo, la sieroreazione diagnostica per infezione tifoidea, penso alla possibilità di una febbre mediterranea. Raccolgo allora con le dovute cautele di asepsi il sangue dalla vena mediana cefalica e lo invio al dott. Missiroli per l'esame di laboratorio che confermò pienamente la diagnosi clinica.

La febbre si manifestava a tipo continuo remittente ed accompagnata sempre da sudori profusissimi che indebilitivano in un modo straordinario l'infermo, il quale dopo 77 giorni di degenza nell'ospedale si recò al paese natio (Florinas).

Da notizie dirette avute dall'egregio collega dott. Masia mi risulta che l'infermo ha tratto giovamento cambiando clima.

CASO II. — M... P..., di anni 16, manovale. Dall'anamnesi famigliare si rileva che il padre soffre di dolori reumatici cronici. Ricorda di aver sofferto il morbillo nell'infanzia. All'infuori di una gastroenterite sofferta nel 1911, di cui guari in circa 20 giorni, godette sempre buona salute. Nei primi di maggio, avendo accusato dolori all'articolazione del ginocchio destro, poscia cefalea intensa, brividi di freddo e febbre elevata, fu ricoverato dell'ospedale il 3 giugno 1912. L'esame del sangue riuscì negativo rispetto alla malaria, mentre la sieroreazione praticata dal dott. Missiroli confermò anche questa volta la diagnosi di infezione da bacillo di Bruce. Durante il decorso della malattia, che ebbe la durata di circa due mesi, l'infermo accusò forti dolori alle articolazioni degli arti inferiori e ai muscoli delle gambe fino alla impossibilità di camminare.

CASO III. — C... E..., di 50 anni, nativo di Alghero e da 37 anni residente all'Argentiera. Anch'egli ai primi d'aprile fu colto da cefalea intensa, brividi di freddo, febbre elevata e sudori profusi. Per non essere rinchiuso nell'ospedale espresse il desiderio di recarsi ad Alghero dove risiede la famiglia. Quivi fu curato dall'egregio dott. Balduzzi ed il sangue prelevato ed esaminato dal dott. Missiroli diede la reazione positiva per il melitense. Quindi non v'ha dubbio per la diagnosi clinica. Quando da poco si era estinta la malattia, che ebbe un decorso di circa cinque mesi, il C... presentò la sindrome della polineurite per diverse settimane.

Ho osservato parecchi altri casi su cui non mi fermo per amore di brevità.

CASO IV. — F... B..., di anni 20, manovale, in cui la malattia iniziò con un forte dolore sciatico.

CASO V. — G... F..., di anni 19, manovale.

CASO VI C... M..., di anni 20, capraio, ch'ebbe cefalea occipitale, febbre irregolare, preceduta da brividi di freddo più o meno intensi e seguita da sudori profusi.

CASO VII. — M... S..., di 19 anni, in cui la infezione melitense si manifestò con febbre ribelle ad ogni cura, e nevralgie agli arti inferiori e dette come successione morbosa un'orchite.

CASO VIII. — A... T..., di anni 8, nata a Vico Canavese e residente all'Argentiera da vari anni, nella quale la malattia esordì con gravi fenomeni intestinali (dolori viscerali e diarree sanguinolenti). La febbre a tipo continuo remittente ebbe la durata di sette mesi con alternative più o meno lunghe.

Riassumendo la storia degli infermi noi abbiamo questa importante sintomatologia: cefalea intensa, brividi di freddo, febbre elevata a tipo continuo remittente con andamento irregolare, sudori profusi.

Inoltre si ebbero a notare le nevralgia sia dello sciatico come delle articolazioni, e notevoli disturbi a carico del sistema nervoso consistenti nel vomito, inquietudine, delirio, contrazioni cloniche delle braccia.

Come risulta dalle numerose descrizioni dei vari autori, il brivido di freddo, la sudamina, il comportamento singolare della febbre, e le caratteristiche affezioni reumatoidi sono annoverati per la loro durata tra i sintomi cardinali dell'infezione melitense.

Il criterio più importante e sicuro per la diagnosi è la sieroreazione.

Per ciò che riguarda la via d'introduzione della febbre all'Argentiera sono indotto da varie considerazioni a sostenere l'ipotesi che il latte di capra sia il veicolo più importante del materiale infettante.

Anzitutto è notevole il fatto che il territorio adiacente alla Miniera è occupato da numerose capre e pecore pascolanti nella stagione d'inverno e di primavera e tale epoca coincide precisamente colla invasione della malattia. Un'altra circostanza molto impressionante è che i nostri infermi hanno confermato che bevevano il latte di capra crudo. Naturalmente queste osservazioni se non sono delle prove convincenti, fanno però presumere la partecipazione delle capre nella diffusione dell'infezione. Pur assegnado alle capre una importanza preponderante, non dobbiamo escludere il contagio diretto o indiretto per la vicinanza e i molteplici rapporti della Miniera con la città di Alghero dove quest'anno si ebbe una vera e grave epidemia di questa infezione.

Riguardo poi all'epoca dell'importazione io ritengo che qui, serpeggiasse da molti anni venendo facilmente confusa con infezioni malariche, o con infezioni tifoidi o paratifoidi.

Infatti dai registri dell'Ospedale mi risulta che nel 1906 furono ricoverati molti operai che presentavano una sindrome analoga a quella della infezione melitense, e che trattandosi di zona

malarica, erano sfuggiti alla diagnosi clinica ed altrimenti diagnosticati.

Pertanto sono lieto di aver scoperto un nuovo focolaio di febbre di Malta in una località creduta fino ad oggi immune da tale morbo, per gli opportuni provvedimenti profilattici che d'ora innanzi si potranno prendere per la tutela della salute di questa numerosa classe lavoratrice.

Argentiera, dicembre 1912.

NOTIZIE DIVERSE

Il prossimo ritorno di Guido Baccelli.

Il nostro amato Direttore prof. Guido Baccelli è stato in questi ultimi giorni afflitto da un disturbo non grave dell'apparecchio digestivo. La sua forte fibra ha felicemente superato la crisi.

È subito accorso presso di lui un suo antico ed affezionato discepolo, e hanno fatto a gara nel prodigargli le cure adatte i professori della Facoltà medica di Parigi e principalmente il decano di essa, prof. Landouzy.

Ora il nostro Maestro è completamente ristabilito.

Noi gli inviamo i più caldi voti di lungo benessere e l'augurio che possa, come vivamente desidera, tornare presto fra noi.

Pel Congresso internazionale di medicina.

La preparazione di questo Congresso procede alacremente.

Le spese preventivate per la pubblicazione degli Atti verranno coperte appena dalle sottoscrizioni dei congressisti, i quali si prevede raggiungeranno il numero di 7000. — Così si è reso necessario di raccogliere nuovi fondi. È stata aperta all'uopo una sottoscrizione fra i medici inglesi. Circa 600 medici tra i più reputati hanno versato delle somme variabili da lire italiane 25 a 5000 ciascuno; ma il Comitato chiede un contributo ulteriore di oltre 60 000 lire.

Dopo l'inaugurazione ufficiale del Congresso, che sarà fatta mercoledì 6 agosto alle 11 ant. dal principe Arturo di Connaught, il Governo darà un pranzo al quale saranno invitati 500 congressisti. Sabato 9 agosto il sovrano, patrono del Congresso, darà un garden party a Windsor. Durante la settimana, probabilmente venerdì, si terrà una soirée al Museo di storia naturale. Il presidente sir T. Barlow adunerà l'11 agosto ad un pranzo un centinaio dei membri più eminenti del Congresso.

Gli altri ricevimenti e festeggiamenti saranno ristretti ai congressisti delle singole sezioni. Le offerte ricevute dal Comitato sono già così numerose che il Comitato stesso è stato costretto a declinarne molte.

IV Congresso internazionale di igiene scolastica.

Si adunerà a Buffalo (Stati Uniti d'America) dal 25 a 30 agosto.

Fanno parte del Comitato italiano d'organizzazione i proff. L. Pagliani, presidente, A. Di Vestea, vice-presidente, G. Badaloni, segretario, e quali membri i proff. A. Lustig, E. De Mattei, O. Casagrandi, S. De Sanctis, C. Colucci, F. Kiesow, U. Pizzoli, S. Santori, M. Montessori, F. Abba, G. Bordoni-Uffreduzzi, G. Bellei, A. Frassi, G. Graziani, A. Lutrario, V. De Giaxa e i dottori A. Randi, M. Ragazzi, A. Stella.

Le adesioni al Congresso devono essere inviate al dott. Thomas A. Storey, segretario generale, College of the City of New York, New York, N. Y., U. S. A., accompagnate da un vaglia di lire 25. I membri associati pagheranno la metà, ma non avranno diritto al voto nè agli atti del Congresso.

Le memorie da presentarsi al Congresso dovranno riferirsi sopratutto ai risultati ottenuti dalla applicazione pratica di fatti scientifici e da ricerche di igiene scolastica e si raccomanda dal Comitato di riferirsi anche alle scuole rurali, non ancora ben studiate. Le memorie devono essere inviate avanti il primo luglio.

Fra le lingue ufficiali è compresa l'italiana.

Il Congresso sarà diviso in 3 sezioni: 1° Igiene edilizia - parchi e giardini - arredamento. — 2° Igiene della organizzazione scolastica - programmi e orari. — 3° Sorveglianza e ispezione medica, igienica, sanitaria delle scuole.

Unita al Congresso vi sarà una esposizione scientifica, con esclusione di tutto ciò che ha per scopo principale la « réclame »; comprenderà arredi, apparecchi, materiale scolastico d'ogni genere, risultati di ricerche relative ai problemi dell'igiene e della salubrità delle scuole, i metodi e risultati delle applicazioni della scienza igienica alle questioni della scuola. Gli espositori sono esenti da ogni tassa e devono rivolgere le loro richieste al dott. Franklin C. Gram - Buffalo, S. U. A.

Una visita alle principali città americane è stata organizzata dalla Agenzia Cook. Il biglietto di andata e ritorno da Parigi in prima classe costa lire 1600, escluse solamente le spese di soggiorno negli alberghi (15-30 lire al giorno).

Inviare subito le adesioni al dott. L Dufestel, segretario del Comitato Francese, Boulevard Magenta, n. 10, Parigi.

La Lega nazionale italiana contro la tubercolosi.

Nell'aula magna della regia Università si è riunita l'assemblea generale della « Lega nazionale italiana contro la tubercolosi ».

Presiedeva l'on. Calissano, presenti il senatore prof. E. Maragliano, l'on. Lucifero, i professori Tamburini, Campana, Ascoli, Marchiafava, Angelini, Grilli, Signorelli, il dott. Ballerini presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Roma, il dott. Ranelletti dell'Associazione nazionale dei medici condotti, il dott. Genoese della regia clinica dei bambini, il Barone Ferrero, il comm. Magaldi, il comm. Caruso, il cav. Meduri, il comm. Calcagno, la marchesa Lucifero e tanti altri che della lotta contro la tubercolosi si interessano.

Il prof. Vittorio Ascoli, segretario generale, fatto il resoconto dell'azione spiegata dalla Giunta esecutiva, comunicò le numerose adesioni pervenute da ministri, senatori, deputati, Opere pie, enti morali, Associazioni di beneficenza, ecc.

Dopo breve discussione, alla quale prese parte attiva l'on. Calissano, fu approvato lo statuto e fu dichiarata costituita la « Lega nazionale italiana contro la tubercolosi ».

Per acclamazione furono eletti presidente onorario l'on. Guido Baccelli e presidente effettivo l'on. Calis-

sano e confermati membri del Consiglio i componenti la Giunta esecutiva. Fu dato mandato alla presidenza di aggregarsi altri undici membri pel completamento del Consiglio stesso.

L'on. Calissano ringraziò l'assemblea, augurando alla Lega vita prospera e azione feconda di bene specie a favore di quelle classi lavoratrici fra le quali il terribile morbo fa più vittime.

La Lega si propone di promuovere gli studi sulla tubercolosi e di curare l'organizzazione della difesa sociale, dando unità d'indirizzo a tutto il movimento antitubercolare in Italia, di promuovere dallo Stato provvedimenti legislativi per la profilassi e di dare appoggio morale e finanziario a tutte le istituzioni che comunque contribuiscano alla lotta contro la tubercolosi.

La lotta antimalarica e il chinino di Stato.

Il Ministro dell'interno e per esso la Direzione generale della sanità pubblica, ha diramato una circolare « urgente » ai signori prefetti delle provincie malariche per rilevare che gli acquisti di chinino da parte dei Comuni malarici di talune provincie non sono proporzionali alla diffusione in essi dell'infezione malarica sia nei rispetti del trattamento curativo che preventivo richiesto dalla legge. I medici provinciali vengono pregati ad esercitare una continua vigilanza sul modo con cui i Comuni attuano le disposizioni di legge sulla malaria; a controllare gli acquisti di chinino da farsi in larga misura coi Bollettini di vendita che loro sono stati rimessi dal Deposito centrale del chinino di Stato; a far sì che la lotta antimalarica nelle loro provincie assuma la maggiore estensione possibile, in specie per quanto concerne il trattamento preventivo e curativo dei malarici cronici.

E' necessario che la lotta antimalarica riprenda il vigore che aveva prima che scoppiasse fra noi l'epidemia colerica.

Anche quest'anno il Ministero delle finanze ha stabilito di concedere il chinino di Stato a credito a quei Comuni che si trovano nell'impossibilità di erogare le somme stanziate nei rispettivi bilanci per l'acquisto di esso, o che nel corso della campagna avessero esaurito tali somme e comunque non avessero disponibilità di altri fondi per provvedersi del farmaco necessario alla distribuzione gratuita.

Asilo campestre pei bambini minacciati dalla tisi.

Si è costituito a Milano un Comitato per raccogliere i mezzi onde erigere un asilo campestre per la profilassi infantile. In questo asilo verrebbero raccolti quei bambini che per varie condizioni di eredità o di abitazione o di nutrizione sono sotto la costante minaccia di essere colpiti dalla tisi.

Il Comitato ha già raccolto circa 10,000 lire.

Sta ora elaborando il progetto definitivo, sicuro che le oblazioni verranno ancora a sostenerlo materialmente nella sua opera di carità e di difesa sociale.

Gli infortuni del lavoro in agricoltura.

Sotto la presidenza del senatore Gorio, la Sottocommissione incaricata dal ministro dell'agricoltura di studiare la questione dell'assicurazione contro gli infortuni dei lavoratori della terra, ha definito i punti più importanti della riforma.

Sostanzialmente la Sottocommissione è unanime nel riconoscere il principio della obbligatorietà della assicurazione, estesa a tutti i lavoratori alle altrui dipendenze, così nelle grandi e nelle medie come nelle piccole aziende. L'accordo è stato pure raggiunto nel riconoscimento della necessità di assicurare tutti gli infortuni seguìti da morte o da invalidità permanente totale e parziale e nell'abbandono del criterio della libera scelta dell'Istituto assicuratore già accolto nel disegno di legge del ministro Luzzatti.

Le decisioni in merito ai piccoli proprietari sono rinviate a dopo l'accertamento del costo dell'assicurazione.

Relativamente alla assicurazione contro la invalidità temporanea si stanno predisponendo gli studi per iniziare tale forma d'assicurazione pei piccoli infortuni dei braccianti (proposta Montemartini) e per sostituire il risarcimento economico dell'invalidato temporaneamente con l'assistenza medico-farmaceutica a carico dell'imprenditore ed estesa a tutte le categorie dei lavoratori della terra (proposta Cabrini).

La Sottocommissione riprenderà i suoi lavori nella seconda quindicina di luglio.

Le onoranze al senatore Luciani.

Per festeggiare il completamento del grandioso « Trattato di Fisiologia » del prof. Luigi Luciani, gli allievi e gli ammiratori dell'insigne scienziato hanno voluto offrirgli una medaglia commemorativa.

La cerimonia, svoltasi il 22 giugno nell'Istituto di Fisiologia, riuscì molto cordiale. V'intervennero spiccate personalità.

Il prof. Silvestro Baglioni, primo aiuto del Luciani, lesse le numerose adesioni; tenne poi un discorso di saluto al Maestro venerato, lumeggiando i pregi dell'opera testè compiuta, la quale fa onore alla scienza italiana.

Il prof. Tonelli, rettore dell'Università, portò il saluto di tutto il corpo accademico di Roma al grande festeggiato.

Il senatore Todaro, preside della Facoltà di medicina, disse dei rapporti che intercedono tra le discipline anatomiche e quelle fisiologiche ed elogiò l'attività e l'opera del Luciani.

L'on. Baldi, ex allievo del Luciani, pronunziò brevi ma efficaci parole di augurio e di saluto.

L'on. Celli, a nome degli autori italiani di opere mediche, salutò in Luigi Luciani il trattatista insigne che ha efficacemente contribuito a rialzare presso gli editori il prestigio economico e morale degli autori italiani.

Il dott. De Marchis, gerente della Società editrice libraria di Milano, porta il saluto della Casa che ha curata la pubblicazione del libro, ed offre a Luigi Luciani un artistico album ove sono raccolti gli autografi d'illustri scienziati italiani e stranieri.

Sorge poi a parlare Luigi Luciani, il quale ringrazia gli organizzatori e gli aderenti a questa manifestazione che resterà indelebile nel suo cuore.

Rifà la storia del « Trattato », che in origine doveva avere mole modesta ma le cui proporzioni andarono crescendo: egli prese tanto amore in questa specie di lavoro, che finì col sobbarcarsi al non facile còmpito di scrivere una opera di quattro volumi, in cui tutta la massa della produzione fisiologica fosse, con giusto

equilibrio fra le singole parti, esposta. Accenna al metodo seguito e ai due grandi principii ai quali si è inspirato: il materialismo e il vitalismo. Termina ringraziando tutti coloro che nella compilazione dell'opera gli sono stati di aiuto, e tutti quelli che hanno voluto prendere parte alla bella manifestazione in suo onore.

***

La grande medaglia d'oro è opera egregia dello scultore cav. G. Tonnini che, con squisita anima di artista, ha gentilmente prestata la sua opera; è stata incisa da Eugenio Polledri e con speciale cura coniata dalla R. Zecca, diretta dal cavalier Lanfranco.

Le adesioni si ricevono presso l'Istituto di Fisiologia; la quota fissa per ogni adesione è di lire 12 e dà diritto ad una copia in bronzo della medaglia.

Ricordo marmoreo.

Al tenente medico Alfonso Priari, caduto eroicamente in Libia mentre fra in grandinare delle palle prestava l'opera sua ad un soldato ferito, i suoi concittadini erigeranno un busto in marmo a perenne ricordo.

Egli era nativo di Torino di Sangro.

La sottoscrizione aperta ha già raccolto i fondi necessari e fra breve il desiderio di quella popolazione sarà realizzato e la memoria del prode collega, degnamente onorata. (Dall'« Avv. San. »).

Assassinio di un medico.

A Marcianise, presso Napoli, il dott. Pasquale Foglia, ufficiale sanitario, è stato ucciso con un colpo di rivoltella dal contadino sessantenne Antonio Stellato, che lo accusava di averne avuto uccisa la figlia due anni or sono, durante l'epidemia colerica, mentre ella era ricoverata al lazzaretto!

La Croce Rossa italiana in Cirenaica.

Il Comitato centrale della Croca Rossa italiana, dopo aver avuto sentore della ripresa delle ostilità in Cirenaica, dispose per la partenza dell'ospedale 27 (Milano) e dell'ambulanza n. 48 (Palermo), comandati rispettivamente dai medici capi dott. Chiappa e dott. Genova, con tutto il corredo necessario pel regolare funzionamento, e con abbondante materiale di rifornimento e generi di conforto.

Le due predette unità sanitarie della Croce Rossa, formate da tutti ufficiali e militi che hanno già fatto una campagna in Libia, furono, dalla autorità militare, dirette a Marsa-Susa.

La Croce Rossa Italiana nell'Albania Meridionale.

Il 17 corrente è rimpatriata da Vallona per Brindisi la Croce Rossa Italiana, avendo espletato la sua missione.

Casi sospetti di peste bubbonica.

Nello scorso mese il piroscafo *Bologna*, che trasportava il settimo battaglione ascari proveniente da Massaua e diretto in Cirenaica, in seguito ad alcuni casi di peste bubbonica manifeatatisi a bordo, venne inviato in quarantena all'Asinara, e tre ascari, che si sospettava fossero colpiti dal terribile morbo, vennero fatti scendere e internati nel lazzaretto. Ora, essendo completamente guariti, hanno lasciato il lazzaretto e sono partiti per Napoli.

L'Ospedale civile V. E. III di Tripoli.

Il dott. Camillo Barba Morrihy, che ha creato quasi di pianta e diretto per molti anni questo Ospedale sino all'occupazione italiana, facendo opera alta d'italianità e di umanità, ne pubblica ora la cronistoria, in un breve opuscolo stampato a Siena coi tipi della Ditta Carlo Nava.

Possono desumersene notizie interessanti sulla organizzazione, il funzionamento e i risultati statistici.

Spedizione De Filippi.

Una spedizione scientifica nell'Imalaia occidentale e nel Turkestan è stata organizzata dal dottore in medicina De Filippi. È quasi completamente allestita.

Il materiale di equipaggiamento e le provviste necessarie provengono da Londra. La spedizione partirà da Genova il 23 luglio su di un piroscafo della Società marittima italiana. La spedizione si compone di 11 scienziati. Il Governo italiano e quello dell'India le sono stati larghi di aiuti e di agevolazioni.

Nuovi giornali.

Un altro giornale di chirurgia comincia a vedere la luce in Rumania; è il « Journal de Chirurgie de Bucarest », diretto dal prof. C. Angélesco, direttore di quella clinica chirurgica. Redattore capo ne è il prof. C. Daniel.

Rispecchierà lo sviluppo imprevisto assunto dalla chirurgia rumena.

Conterrà lavori originali, riviste riassuntive, resoconti e notizie.

Essendo redatto in francese, sarà facilmente accessibile anche ai lettori italiani.

Sentiti auguri.

L'ufficiale italiano ucciso nella ricognizione a Csar El Hamrat era il tenente medico dott. **Michelangelo Domine**, napoletano, giovane mite, buono e studioso.

Coraggiosissimo e valoroso, egli era stato decorato della medaglia di bronzo al valore militare per la battaglia delle Due Palme.

Conoscendo l'arabo a perfezione il tenente Domine aveva potuto rendere segnalati servizi al paese, per cui era tenuto in grande considerazione. Appunto per la sua perfetta conoscenza dell'arabo aveva potuto ottenere il singolare favore che lo condusse a morte, cioè di poter seguire le truppe combattenti nella ricognizione di Tocra.

Onore alla sua memoria di medico e di soldato!

Il sen. Luigi Luciani, del quale il mondo scientifico romano ha celebrato in questi giorni i meriti insigni, è stato colpito da una gravissima sventura: la perdita dell'adorata consorte Clelia Luciani nata Cipolli, in seguito ad improvvisa malattia.

All'illustre scienziato e alla famiglia vadano le nostre più sentite condoglianze.

Rassegna della stampa medica.

Münch. Med. Woch., 1 apr. SCHLIMPERT, HENDRY, FREUND, BRAHM. « Il metodo di Abderhalden per la diagnosi di gravidanza ».

The Practitioner, apr. SAVAGE. « L'automatismo ». — COBB. « La diagnosi di nevrastenia ».

Bedrock, apr. REID. « Immunità e selezione naturale ». — BARRETT. « La soppressione delle malattie veneree ».

Jahresk f. ärz. Fortb., apr. « Urologia e dermosifilopatia ».

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc, apr. VAQUEZ. « Regime dietetico nelle affezioni cardio vascolari ». — CARRIEU e ANGLADA. « Patogenesi del soffio di Flint ». — WEBER. « Significato prognostico della policitemia secondaria nelle affezioni cardio-vascolari ». — LISBONNE e MARGAROT. « La viscosità del sangue ».

Wien. Klin. Woch., 3 apr. SCHENK. « Sulla sierodiagnosi dei tumori maligni ». — ARZT e KERL. « Sull'azione biologica del radium ». — GLÜCK. « Sulle idiosincrasie ».

The Journ. of. Trop. Med. a. Hyg.. 1 apr. SAMBON. « Porocephaliasis nell'uomo ».

Pathologica, 1 apr. SEGALE. « Ricerche anatomopatologiche, batteriologiche e biochimiche su tre feti di colerose ».

The Quarterly Journ. of Med., apr. DUM. « La reazione dell'ossidasi nella differenziazione delle leucemie acute ». — SCHRYVER e SINGER. « Il succo gastrico nelle malattie gastro-enteriche ».

Gazz. Med. It., 3 apr. ALBERTARIO. « Sulle paralisi arsenicali ».

La Liguria Med., 1 apr. ROSSI. « Bradicardie e bradisfigmie nel loro significato clinico attuale ».

La Policlinique, 1 apr. GAUDY. « La costante di Ambard ».

Deut Med. Woch, 3 apr. EDINGER, BARANY. « Le funzioni del cervelletto ». — FUNDNER. « L'influenza della pressione endo-addominale sulla pienezza dello stomaco ». — RICHARTZ. « Cure idrocarbonate nel diabete ».

Riv. crit. di Clin. Med., 5 apr. GRAZIADEI. « La febbre nel morbo di Basedow e nelle aortiti ».

Galicia Médica, apr. RIVERO. « L'invaginazione intestinale cronica ».

Le Bull. Méd., 5 apr. RIST. « La clorosi delle giovani e l'oligosideremia dei ragazzi ».

Paris Méd., 5 apr. « Numero consacrato alle malattie della nutrizione e alle acque minerali ».

Brit. Med. Journal, 5 apr. BYALL. « Il cancro della lingua ».

Rev. Clin. de Madrid, 1 apr. CALANDRE. « Valore clinico dell'elettrocardiogramma ».

Le Scalpel, 6 apr. DONIN. « Diagnosi e prognosi dell'uremia stabilite con metodi di laboratorio ».

Med. Klinik, 6 apr. ALLARD. « Sulla diagnosi dell'ulcera duodenale ». — LEVIN. « Sul colocele ».

Pensiero Med., 6 apr. QUARELLI. « Sulla chemoterapia selenica ».

Gazz. d. Osp., 6 apr. MARCIALIS. « Influenza dell'alimentazione su l'incubazione della rabbia ».

Berl. Klin. Woch, 7 apr. BOAS. « Sulla terapia delle emorragie dallo stomaco e dall'intestino ». — NAUWERCK. « C'è una peritonite da bile senza perforazione delle vie biliari? ». — FRANK e HEIMAN. « La reazione enzimatica di Abderhalden nel carcinoma ».

La Presse Méd., 5 apr. DEBOVE. « La tossiemia asistolica ». — DIMITRION e SAGHINESCO. « La rachianestesia alla Jonnesco ».

The Boston M. a. S. Journal, 3 apr. COOLERIDGE, SMITH. « Etiologia della febbre da fieno ».

Protocolo Méd. Forense, apr. AZNAR MOLINA. « Riconoscimento delle macchie di sangue col processo anafilattico ».

Folia Gynaec., III. BRUGNATELLI. « Batteriemia puerperale da bacillo del gruppo della setticemia emorragica (pasteurelle) ». — BERTOLINI. « Reazione deciduale di un polipo cervicale in gravidanza ».

Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol, apr. BORDIÈRE. « I progressi della radioterapia in ginecologia ».

Lo Speriment., I. CATTORETTI. « Sulla splenomegalia con cirrosi del fegato ».

Gaz. d. Hôp., 5 apr. LUQUET, DEDET. « Fratture del perone ».

Die Therapie d. Gegenw., apr. MEIDNER. « Il carcinoma della portio trattato con irradiazioni di mesothorium ». — MEIDNER. « Lo stato attuale della roentgenterapia ginecologica ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.